Nr. 3 Rok II

WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO FARMACEUTYCZNE I FIZYKALNE

Skrzynka pocztowa

Uprzejmie prosimy naszych Czytelników nadsyłać do skrzynki pocztowej jak najliczniej zapytania zarówno z dziedziny zagadnień, dotyczących przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, farmakologji i pokrewnych dziedzin, jak też z codziennej praktyki lekarskiej. Na pytania te będą udzielane odpowiedzi przez osoby najbardziej kompetentne w danej dziedzinie wiedzy lekarskiej i farmaceutycznej w Polsce.

Prof. dr. Jan Muszyński U. S. B.

Wileńszczyzna śpichlerzem ziół leczniczych.

Zioła lecznicze znajdują jeszcze do dnia dzisiejszego szerokie zastosowanie w medycynie. Po wojnie zwłaszcza rozpoczął się we wszystkich krajach europejskich gwałtowny nawrót do ziołolecznictwa, dzięki czemu wzmógł się popyt na t. zw. rośliny lekarskie. W Europie Środkowej spotykamy około 5000 gatunków roślin kwiatowych, z których około 500 ma zastosowanie w aptekach i lecznictwie ludowem. Szersze i powszechne zastosowanie ma zaledwie około 120 gatunków. Flora polska liczy zaledwie około 2500 gatunków roślin kwiatowych, a wśród nich około 250 do 300 używanych w lecznictwie. Wśród tych polskich ziół leczniczych występują lub mogą być z powodzeniem hodowane te najpopularniejsze i często używane gatunki. Olbrzymia większość tych roślin leczniczych występuje dziko w lasach, zaroślach, na łąkach i polach. Niektóre z nich, jak bławatki, rumianek, ostróżka, rdesty, perz, mak polny, bratki i t. p. są niepożądanemi chwastami, z któremi rolnik walczy zawzięcie. Jednym z najgroźniejszych wrogów dzikiej roślin-

ności jest wysoka kultura rolna. Częste przeorywanie i bronowanie gleby, płodozmian, meljoracja łąk, staranne oczyszczanie materjału siewnego, okopywanie i pielenie zasiewów tępi dziką roślinność i prowadzi do zubożenia flory. Nic tu nie pomogą lamenty poetów i członków Ligi Ochrony Przyrody, że coraz rzadziej występują pewne rośliny, że królestwo flory staje się coraz bardziej monotonnem. Postępowego rolnika nie zachwyca bynajmniej różnobarwny kobierzec kwiecia na łące, gdzie na przestrzeni paru metrów kwadratowych można spotkać kilkanaście różnych roślin. Serce jego raduje się bardziej, gdy na tej łące rośnie jeden lub dwa gatunki soczystej trawy, a w pszenicy niema ani jednego bławatka lub maku. To też im wyższa jest kultura rolna w jakimś kraju i w związku z tem mniejszy obszar dzikich łąk, pastwisk, ugorów, niezaoranych miedz i wygonów, tem trudniej tam o zebranie ziół dzikorosnących. Wprawdzie, można rośliny lecznicze hodować. Przy starannej pielęgnacji będą one rosły świetnie, ale do zbioru ich trzeba dużego nakładu pracy ręcznej. Tam gdzie miejscowa ludność rolnicza nie znajduje zarobków w przemyśle, hutnictwie lub górnictwie. przerzuca się on chętnie z uprawy zbóż i okopowizn na uprawę roślin leczniczych.

Tak było nprz. w Niemczech, Austrji, Belgji jeszcze w pierwszej połowie XIX wieku, a Turyngja, Bawarja i Morawy słynęły aż do końca wieku XIX ze swych plantacyj roślin leczniczych. Dziś hoduje się tam wczesne warzywa, kwiaty, drzewa owocowe, lub na terenach dawnych plantacyj roślin leczniczych rozsiały się obecnie gmachy fabryczne i osiedla robotnicze. Nowoczesna statystyka wykazuje (Mały Rocznik Statystyczny za rok 1934), że w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie pracuje:

w Polsce 72,3% ludności;
w Niemczech 27,2% ludności;
w Belgji 18,5% ludności;
w Anglji 6,5% ludności.

Jest więc rzeczą zrozumiałą, że kraje rolnicze mają odpowiedniejsze warunki do wytworzenia u siebie przemysłu zielarskiego, niż kraje o wysoko rozwiniętym przemyśle fabrycznym. Kraje posiadające dużo nieużytków, dzikich łąk, lasów mogą najtaniej dostarczać ziół dzikorosnących. Do krajów takich należy przedewszystkiem Rosja i niektóre państwa półwyspu Bałkańskiego. Kraje rolnicze o wyższej kulturze rolnej, mogą rozwijać z powodzeniem u siebie uprawę roślin leczniczych, która jest bardziej dochodową niż uprawa zbóż i okopowizn, albowiem wymaga większego nakładu pracy, dzięki czemu produkt taki jest droższy. Do krajów tego typu należą: Węgry, Czechosłowacja, Polska, Litwa, Łotwa, Estonja. Węgry już przed wojną zwróciły baczną uwagę na uprawę ziół leczniczych, otaczają tę dziedzinę szczególną opieką i chcą się stać spichlerzem ziół leczniczych dla całej Europy.

Otóż jeżeli Polska nie pretenduje dziś jeszcze do roli spichlerza ziołowego dla Europy, to jednak musi dążyć przynajmniej do samowystarczalności w tej dziedzinie. Już dziś spożycie wewnętrzne ziół europejskich w Polsce dochodzi do miljona kilogramów rocznie, wartości 3 do 4 miljonów złotych. Np. samych kwiatów rumianku potrzeba nam około 50000 kg. rocznie. Jeśli sobie uprzytomnimy, że do zebrania tej ilości kwiatów rumianku potrzeba około 40000 dni roboczych, zrozumiemy jak poważnem źródłem zatrudnienia dla naszych przeludnionych wsi jest zbieranie roślin leczniczych. Dotychczas głównym spichlerzem ziół leczniczych dla Polski jest Wileńszczyzna. Wprawdzie nie jest to poważny powód do przechwałek i wynoszenia się nad inne dzielnice kraju. Albowiem dlatego można tu zbierać dużo roślin dziko rosnących, bo mamy niski poziom kultury rolnej. Gdy np. w województwach centralnych obejmujących powierzchnię 137800 klm. kwadratowych znajduje się 228 miast i 1302 gminy wiejskie i obszary dworskie, to w województwach wschodnich (Wileńskie, Nowogródzkie, Poleskie, Wołyńskie), zajmujących przestrzeń tylko o 10% mniejszą (12440 kilometrów kwadratowych) znajduje się zaledwie 61 miast i 365 gmin, dworów, czyli prawie trzykrotnie mniej. Jeśli spojrzymy na statystykę użytkowania gruntów, to przekonamy się, że w województwach zachodnich mamy 58,1% gruntów ornych i 8,5% nieużytków. Jedynym powodem do chlubienia się może służyć fakt, że Wileńszczyzna rozpoczęła pracę w tym kierunku już od kilkunastu lat i że technikę suszenia, zbierania i oczyszczania ziół doprowadziła do takiej doskonałości, że tutejsze surowce nie ustępują co do swych zalet najpiękniejszym ziołom zagranicznym. Do rozwoju zielarstwa na Wileńszczyźnie dopomogły dwa fakty. Po pierwsze — to tradycyjny kult ludności miejscowej dla ziół leczniczych, a po drugie utworzenie przy wskrzeszonej Uczelni Batorowej Studjum Farmaceutycznego, które jako główny cel postawiło sobie badanie krajowych roślin leczniczych. Kult ludności wileńskiej dla ziół leczniczych pochodzi z tych odległych czasów, gdy nie było jeszcze na świecie różnych fabryk chemiczno-farmaceutycznych, wytwarzających syntetyczne specyfiki i gdy medycyna czerpała swe leki przeważnie z pośród miejscowej roślinności. Gdy przed stu przeszło laty działał na tych ziemiach słynny Uniwersytet Wileński, krzewił on w tym kraju ówczesną wiedzę lekarską, popularyzował znajomość ziół leczniczych i umiejętność posługiwania się niemi. Założony przed stu kilkudziesięciu laty przez Stanisława Jundziłła Wileński Ogród Botaniczny, hodował kilka tysięcy gatunków roślin i należał do wybitniejszych ogrodów botanicznych w Europie. Po zamknięciu Uniwersytetu i skasowaniu Ogrodu Botanicznego, rząd rosyjski usiłował zniszczyć wszelkie wpływy dawnej kultury i świadomie hamował rozwój wiedzy w Wileńszczyźnie. Ludność tutejsza skazana była przeto na pielęgnowanie wiadomości zdobytych niegdyś przez swych ojców i dziadów. Dla

botanika i badacza medycyny ludowej Wilno jest bogatą skarbnicą. W dniu dorocznych targów na Świętego Kazimierza, Jerzego, Jana oraz Piotra i Pawła spotykamy na rynku setki rzadkich gatunków roślin egzotycznych, pochodzących z dawnego ogrodu botanicznego, a słynny targ ziołowy pod bramami Uniwersytetu Wileńskiego w dniu Świętego Jana (24-go czerwca), jest osobliwością, której nigdzie już w Polsce nie spotykamy. Na targu tym można znaleźć 150 do 200 gatunków ziół leczniczych przywiezionych przez ludność wiejską nieraz z bardzo dalekich okolic. Nic łatwiejszego jak zorganizować w Wilnie skupowanie roślin leczniczych. Wystarczy znać tylko miejscową nazwę rośliny i ogłosić wśród włościan przyjeżdżających na targ, że się tę roślinę kupuje. Już w kilka dni po takiem ogłoszeniu zacznie się masowa dostawa tych surowców. Naturalnie do tego trzeba mieć pewien zapas kapitału na zakup surowca, oraz suszarnię, magazyny i urządzenia do sortowania oczyszczania i krajania ziół. W Wilnie nikt się na to dotychczas nie zdobył, ale w Święcianach już przed wojną powstała firma, która zajmowała się eksportem tutejszych ziół leczniczych do Niemiec i Rosji. Przed wojną i w pierwszych latach wskrzeszenia Państwa Polskiego ilość zbieranych gatunków nie przekraczała 50, jakość zaś pozostawiała dużo do życzenia. Zioła te wędrowały przez Rygę, Gdańsk, lub Królewiec do Hamburga, tam ulegały stosowaniu, oczyszczaniu i krajaniu poczem, powracały już do nas jako doskonałe „zioła niemieckie". Po utworzeniu przy wskrzeszonym Uniwersytecie Stefana Batorego Katedry Farmakognozji i Hodowli Roślin Lekarskich, posiadającej własny doświadczalny ogród, rozpoczęła się praca nad zbadaniem tutejszej flory leczniczej, uprawa ziół na ziemiach tutejszych i propaganda zielarstwa wśród ludności. Założony przed 12 laty Ogród Roślin Lekarskich znany jest dziś nietylko w Polsce, ale i zagranicą. Np. wyhodowaną w tym ogrodzie t. zw. Soją Wileńską zainteresowali się rolnicy we Francji, Holandji, Szwajcarji, a nawet były zapotrzebowania z Australji. Z Wilna wyszła największa ilość prac dotycząca uprawy mięty, kminku, walerjany, soji. Wilno posiada największe w Polsce plantacje obcych naszej florze roślin, jak gorzknik, naparstnica wełnista, goryczka żółta, lukrecja i t. p. Ilość wskazówek zielarskich udzielalanych ludności przez Zakład Farmakognozji dochodzi do 300 rocznie Dzięki tej działalności, mamy już dziś dwie duże firmy zielarskie w Święcianach, oraz tworzące się nowe ośrodki zielarskie w Kurzeńcu i Brasławiu. Gdy jeszcze w roku 1927 zbierano w okolicach Święcian zaledwie 78 gatunków ziół, to w roku 1932 liczba ta wynosi już 242. Do roku 1927 około 70% zebranych w Wileńszczyźnie ziół szło w stanie surowym zagranicę, a dziś około 75% ziół ulega dokładnej przeróbce na miejscu i rozchodzi się w kraju. Oto parę cyfr: W roku 1932 zbiór ziół w dwu najważniejszych ośrodkach Wileńszczyzny wyniósł:

w Święcianach—Firma Zioła Lecznicze	212.890	klg.
Tarasiejski i S-wie	175.115	klg.
w Kurzeńcu	201.300	klg.
Ogółem	589.305	klg.

Od kilku lat zaczyna się rozpowszechniać w Wileńszczyźnie racjonalna uprawa roślin leczniczych. Niektóre majątki specjalizują się w hodowli mięty, walerjany, białej gorczycy a włościanie w okolicach Święcian zaczynają uprawiać nagietki, rumianek, drapacz i t. p. rośliny Wskazówek z zakresu zielarstwa udziela Polski Komitet Zielarski (Warszawa, Długa 16) i Zakład Farmakognozji i Hodowli Roślin Lekarskich Un. St. Batorego (Wilno, Objazdowa 2).

Niestety Studjum Farmaceutyczne w Wilnie zostało skasowane i za dwa lata ma ulec ostatecznej likwidacji Katedra Farmakognozji i Hodowli Roślin Lekarskich. Miejmy nadzieję, że ziarna wiedzy zielarskiej rzucone przez tutejszy zakład na zacną glebę wileńską, nie zmarnuje się lecz wydadzą bogate plony przynoszące radość i pożytek mieszkańcom tej ziemi.

Mr. A. Hirszfeld.

Eksport i import artykułów chemicznych oraz chemiczno-farmaceutycznych w okresie 1926 r.—1933 r.

Eksport i import artykułów chemicznych oraz chemiczno-farmaceutycznych stanowi jeden z wielu odcinków życia gospodarczego. Aby dokładnie odcinek ten poznać, należy uwzględnić dane, dotyczące konjuktury ogólnej i całokształtu obrotów handlowych.

Przebieg światowych obrotów handlowych w roku 1933 nie uległ poważniejszej zmianie w stosunku do lat poprzednich.

Wielkie zubożenie ludności pracującej spowodowało spadek konsumcji. która nie wykazała poprawy, mimo spadku cen, działającego w czasach normalnych na zwiększoną pobudliwość handlową. Ogromna zniżka cen artykułów rolnych i zmniejszenie popytu u państw rolniczych wywołały znany konflikt zapatrywań na solidaryzm gospodarczy pomiędzy Wschodem a Zachodem Europy. Konflikt ten nie został rozstrzygnięty i bodaj zaostrzył się w wysokim stopniu z chwilą, kiedy wszystkie państwa przemysłowe rozpoczęły samowystarczalną (autarchiczną) politykę rolną, rezygnując tem samem ze swych konsumentów rolniczych, pozbawionych zupełnie środków nabywczych. Realizacja tego programu musiała znaleźć wyraz w stanie zatrudnienia przemysłu i w ubóstwię warstwy robotniczej, konsumującej skutkiem tego coraz mniej własnych artykułów przemysłowych. Cyfra dziewiętnastu blisko miljonów bezrobotnych w 6 tylko państwach daje pośrednio miarę ubytku konsumcji, wywołanego paradoksalnemi a destrukcyjnemi dążeniami nowych prądów gospodarczych.

Istnieją jednak oznaki, które świadczą, iż najcięższy okres depresji minął i że sytuacja ulega poprawie, Przedewszystkiem tempo spadku obrotów zostało zahamowane i krzywa wykreślająca je zdąża już mniej szybko do zera, powtóre spadek wartości obrotów jest szybszy od spadku ilościowego, przyczem ten ostatni jest bliski stabilizacji. Znaczyłoby to, że trwający w dalszym ciągu spadek cen światowych staje się dominującym elementem, wywierającym wpływ na globalną wartość obrotów, co mieści w sobie możność odbudowy „quantum" światowej wymiany. Pod pojęciem „quantum" należy rozumieć wartość produkcji lub wymiany obliczonej wyeliminowaniem wahań cen.

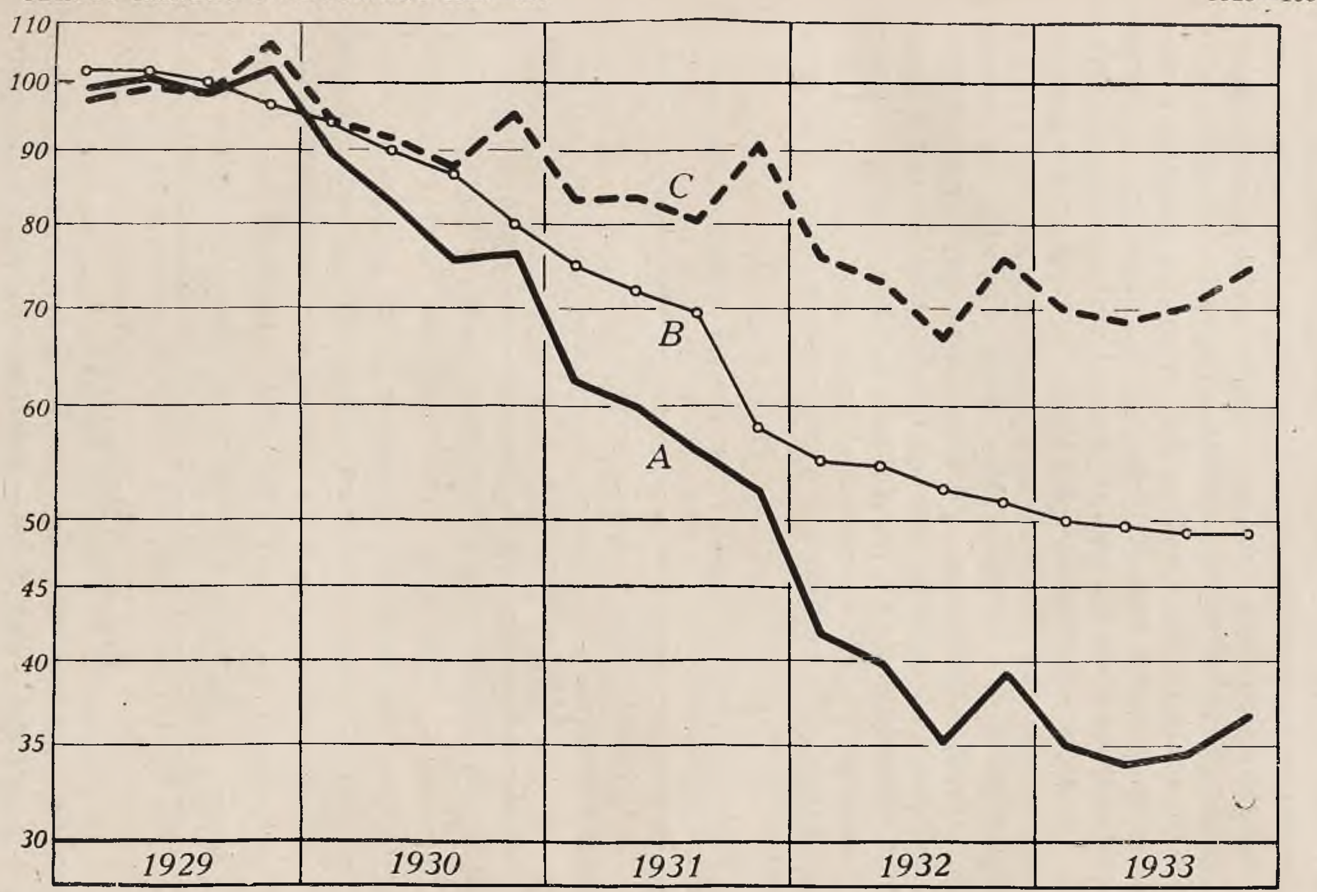
Wykres na str. 83 obrazuje tendencje stabilizacyjne obrotów handlu światowego.

Z zamieszczonego wykresu wynika, iż krzywa A w roku 1933 zdąża już mniej szybko do zera, również krzywa C jest bliska stabilizacji, natomiast dalszy spadek krzywej B nie pociąga za sobą spadku krzywej A i C.

Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę naszą własną sytuację konjukturalną i obliczymy wszystkie momenty, jakie na nią działają od wewnętrznej strony oraz te, które kształtują ją od zewnątrz, to i tu dojrzymy wiele argumentów, przemawiających za prawdopodobieństwem poprawy naszego handlu zagranicznego na całej jego płaszczyźnie. Udział nasz w światowej wymianie jest za mały i nie odpowiada potencjonalnym wartościom, jakie tkwią w naszem gospodarstwie. Lecz poza momentami prestiżowemi działać muszą także te, które uzasadniają potrzebę zwiększenia naszej aktywności w wymianie zagranicznej koniecznością zasilania gospodarstwa nowemi sokami i zbliżania go do centrów światowych na terenie spraw, działających podniecająco na żywotność i twórczą przedsiębiorczość, która jest początkiem dobrobytu społeczeństwa.

Prace na wzmocnieniu wewnętrznej organizacji eksportowej szły równolegle z akcją, mającą na celu pogłębienie pracy informacyjnej i interwencyjnej zagranicą. W miarę komplikowania się zasadniczych warunków handlu zagranicznego i przesuwania się głównych momentów konjukturalnych ze sfery, w której do tej pory rządziła wolna konkurencja, na teren państwowych, arbitralnych, najczęściej jednostronnych zarządzeń, które wywołały lub gasiły konjukturę handlową wnikliwość i ścisłość informacji gospodarczej musiała być znacznie powiększona. Oprócz bowiem oceny możliwości, szans i opłacalności wymiany musiała ona zawierać analizę tych refleksów, jakie powstawały na danym rynku pod naciskiem zjawisk, wynikających z przesilenia, względnie powstających w następstwie działania środków, które przebieg przesilenia miały łagodzić. Ponieważ zaś, zarówno objawów przesileniowych, jak i środków leczniczych było bardzo wiele, a

OBROTY HANDLU ŚWIATOWEGO 1929—33.



A = wartość obrotów, B = ceny, C = quantum.
(w/g Państwowego Instytutu Eksportowego str. 22).

jedne i drugie były skomplikowane, przyczem działały na każdy organizm gospodarczy inaczej, więc też robota informacyjna musiała być bardzo trudna i odpowiedzialna.

Jeśli chodzi o analizę statystyczną eksportu, to należy zaznaczyć iż wzrost udziału procentowego wyrobów gotowych i surowców w wywozie całkowitym odbył się kosztem artykułów spożywczych. Mamy tu do czynienia z nader typowemi skutkami polityki utrudnień przywozowych, uderzających najsilniej właśnie w wywóz spożywczy, wobec panujących w całej Europie tendencyj do agraryzacji. Trudno oczywiście zastanowić się na tem miejscu nad prawdopodobnem przebiegiem wypadków w przyszłości, w każdym razie nie można przewidywać, aby oceniane z tego punktu widzenia perspektywy wywozu spożywczego miały się w najbliższym czasie poprawić. Tem samem tendencją rozwojową wywozu polskiego winno być przykładanie szczególnej uwagi do eksportu przemysłowego, rozwijającego się najpomyślniej, lub mówiąc ściśle, kurczącego się najmniej dotkliwie i mającego jeszcze przed sobą szerokie choć trudne pole do pracy.

Następująca tablica uwidacznia wywóz według głównych dziedzin przemysłu w latach 1930—33.

TABL. 17. WYWÓZ WEDŁUG GŁÓWNYCH DZIEDZIN PRZEMYSŁU. 1930—33

tys. zł.

Dział przemysłu	1930		1931		1932		1933	
	Surowce i półfabr.	Wyroby gotowe	Surowce i półfabr.	Wyroby gotowe	Surowce i półfabr.	Wyroby gotowe	Surowce i półfabr.	Wyroby gotowe
Przemysł hutniczy .	125.203	215.700	78.572	190.284	41.458	76.640	34.543	100.176
„ mineralny .	7.840	4.753	4.928	4.168	1.441	4.705	1.379	3.247
„ chemiczny .	42.864	68.838	36.223	52.169	25.752	43.293	24.700	39.387
„ skórzany . .	34.883	5.554	26.307	6.876	16.616	5.846	15.252	4.469
„ włókienniczy	103.457	82.741	72.103	68.694	43.556	25.068	27.351	14.995
„ papierniczy	6.385	7.630	6.350	9.919	3.966	4.819	3.079	4.569
„ drzewny . .	302.785	45.447	191.023	33.796	96.686	23.201	128.185	26.385

Przemysł Chemiczny

Rynek wewnętrzny. W przemyśle chemicznym spadek produkcji i zbytu — z nielicznemi wyjątkami — został w roku 1933 wstrzymany. Ilość zatrudnionych robotników wzrosła (w styczniu r. 1933 pracowało 27.605 osób, zaś w grudniu tego roku 29.508)

Ogólna charakterystyka kształtowania się w r. 1933 produkcji i zbytu najpoważniejszych artykułów chemicznych, wytwarzanych

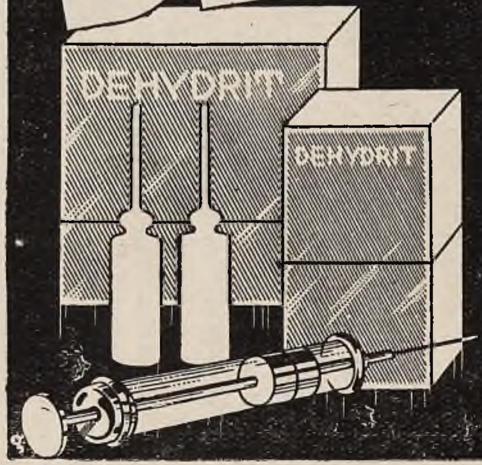
przez podstawowe działy tego przemysłu pozwala stwierdzić, iż w wytwórczości chemicznej nastąpiła pewnego rodzaju stabilizacja. Wyczerpywanie się zaś zapasów nagromadzonych w poprzednich latach winno doprowadzić w konsekwencji do odciążenia rynku, a co zatem idzie i poprawy konjunktury.

Rynki zagraniczne. Rynki europejskie, a zwłaszcza zachodnie, z samej struktury, nie mogły być poważnymi odbiorcami polskich, artykułów chemicznych (szczególnie wyrobów gotowych) gdyż posiadają własny przemysł chemiczny mocno ugruntowany finansowo i stojący częstokroć na wyższym poziomie technicznym niż w Polsce. Na Zachód, zatem możemy eksportować jedynie te artykuły, które z uwagi na posiadanie przez Polskę typowych surowców, nie spotykają konkurencji w światowej produkcji. W każdym bądź razie należy stwierdzić, że zbyt na tych rynkach będzie zawsze ściśle ograniczony, bez możności silniejszego rozwoju. Ponieważ jednak konieczne jest utrzymanie eksportu w odpowiednim stosunku do wysokości produkcjj przeto uwaga musi być zwrócona na te rynki dalsze, które posiadają większą pojemność i mogą zapewnić systematyczny rozwój eksportu.

Rozpatrując kierunki wywozu artykułów chemicznych, przedewszystkiem zaznaczyć należy, że sytuacja na rynkach międzynarodowych nie sprzyjała normalnemu rozwojowi wywozu, bowiem we wszystkich niemal krajach europejskich zaostrzona została reglamentacja przywozu. To też rynki, z któremi przemysł chemiczny utrzymywał uprzednio stałe stosunki handlowe, bardzo straciły na znaczeniu. Utrudnienia przywozowe oraz restrykcje dewizowe stały się tak dotkliwe, że koszty omawianej tranzakcji częstokroć nie miało celu. Wskutek tego został zaniechany prawie zupełnie eksport wyrobów chemicznych do Czechosłowacji, Rumunji, Bułgarji, Austrji, Jugosławji, Estonji, Łotwy i Turcji.

Eksport. — Eksport przemysłu chemicznego jest tak dalece integralnie związany z importem ze względu na zróżczniczkowanie produkcji i obrotu artykułami chemicznemi, że nie podobna go rozpatrywać osobno, jako zjawisko wyodrębnione.

Najpoważniejsze zmiany, jakie zaszły w imporcie, powodując jego zmniejszenie, nastąpiły jako skutek zastąpienia przywozu obcych wyrobów produkcją krajową. Zjawisku temu towarzyszyło dalsze kurczenie się pojemności rynku. Przywóz nawozów sztucznych, który wynosił w roku 1929 około 100 miljn. zł., zmniejszył się w roku 1933 do 4,5 miljn. zł.; przywóz artykułów tłuszczowych spadł ze 120 miljn. zł. (w r. 1929) na 44,8 miljn. zł. w r. 1933. Na tak dużą zmianę tej pozycji wywarło wpływ rozpoczęcie przerobu nasion egzotycznych w kraju, skutkiem czego przywóz gotowych olejów wybitnie się zmniejszył.


DEHYDRIT
DEHYDRIT

Eksport w r. 1933 zmniejszył się o 8 miljn. zł. w porównaniu z r. 1932. Zaciążyło tutaj poważnie przedewszystkiem zmniejszenie wywozu jedwabiu sztucznego (o 3 miljn. zł.).

Analizując zmiany, które nastąpiły w przywozie, podkreślić należy wzrost przywozu fosforytów oraz spadek przywozu mydeł i ekstraktów garbarskich. *Natomiast przywóz wyrobów farmaceutycznych wzrósł o 1,300 tys. zł.*

Przemysł sztucznego włókna.

Konjunktura światowa w przemyśle sztucznego jedwabiu była w r. 1933 lepsza niż w roku 1932. We wszystkich prawie krajach europejskich wzrosło zużycie sztucznego jedwabiu, co wpłynęło na powiększenie produkcji światowej z 235.715 ton w r. 1932 do 284.304 ton w r. 1933. W Polsce również konjunktura na sztuczny jedwab uległa poprawie. Produkcja trzech fabryk krajowych wzrosła z 3.350 ton (r. 1932) do 3.650 ton (r. 1933), a więc prawie o 10%. Zmnieszyły się skutkiem tego znacznie zapasy na składach z lat poprzednich. Rozwinęła się w r. 1933 pomimo kryzysu, produkcja Tomofanu, t. j. przezroczystege papieru wiskozowego.

Przemysł tłuszczowy.

Wytwórczość przemysłu tłuszczowego naogół biorąc, w r. 1933 utrzymała się na poziomie r. 1932, wzrastając jedynie w dziale przemysłu olejarskiego.

Położenie w przemyśle kostno-klejowym w r. 1933 nadal było ciężkie. Wobec wyczerpywania się zapasów, fabryki wprawdzie zwiększyły nieco produkcję, jednakże nadzieje zbytu wśród głównych konsumentów, jakie stanowią przemysł budowlany i włókienniczy, zawiodły. Ceny przetworów kostnych uległy w r. 1933 dalszej zniżce.

Przemysł farb i lakierów.

Przemysł farb i lakierów zdołał utrzymać ogólną wysokość swej produkcji na poziomie r. 1932. Zwiększyło się zapotrzebowanie farb i lakierów ze strony przemyslu metalowego i galanteryjnego. Natomiast zmniejszyły się dostawy dla kabli, oraz dla gałęzi przemysłu związanych z rolnictwem,

Przemysł perfumeryjno-kosmetyczny.

Porównanie produkcji r. 1932 i r. 1933 w przemyśle perfumeryjno-kosmetycznym wykazuje zwiększenie wytwórczości w r. 1933 pod względem ilościowym. Jednak według opinji wytwórców, rezultaty fi-

nansowe w r. 1933 były słabsze niż w r. 1932 głównie z powodu zmniejszenia się konsumcji lepszych. a więc droższych gatunków artykułów perfumeryjnych oraz dość wydatnej obniżki cen.

TABL. NR. 263. WYTWÓRCZOŚĆ MYDEŁ TOALETOWYCH I KOSMETYCZNYCH 1931—32. Tony.

Preparaty	1932	1933
Mydła toaletowe . . .	2.200	3.000
Środki dezynf. do zębów	350	400
Kosmetyki	250	300
Wody spirytusowe . . .	500	500

Przemysł azotowy.

W r. 1933 import związków azotowych zmalał prawie do zera, gdyż w zakresie konsumcji nawozów azotowych nastąpiło dalsze ograniczenie rynku wewnętrznego, wyrażaiące się spadkiem spożycia o ca. 20%, do wysokości około 15.000 ton związanego azotu. W r. 1933 miał miejsce szereg faktów doniosłych dla przyszłego rozwoju produkcji azotowej w Polsce, Mianowicie nastąpiła organizacyjna fuzja obu największych fabryk azotowych Chorzowa i Mościc, które tworzą obecnie jedno przedsiębiorstwo państwowe pod nazwą: „Zjednoczone Fabryki Związków Azotowych". Na skutek wyczerpania zapasów w drugiej połowie r. 1933 — został uruchomiony pierwszy piec karbidowy w Chorzowie, a w związku z tem nastąpiło również uruchomienie produkcji azotniakowej.

W r. 1933 nastąpiło również ożywienie w produkcji tych związków, które używane są dla celów technicznych, jak węglan amonu, chlorek amonu, kwas azotowy, niektóre azotany i t. d. Prawie wszystkie działy fabryk państwowych wykorzystywały swą całkowitą zdolność produkcyjną. Dzięki temu umożliwiona została dalsza obniżka cen nawozów azotowych, które to ceny dostosowały się do sił nabywczych rynku rolniczego. Ogółem w r. 1933 pracowały trzy fabryki syntetycznych związków azotowych: Mościce, Chrzanów i Knurów. Ponadto wytworzone zostały również odpowiednie ilości siarczanu amonowego w gazowniach i koksowniach. Łączna produkcja związków azotowych w r. 1933 wyniosła 28.000 ton związanego azotu, co w porównaniu z r. 1932 wykazuje wzrost produkcji o ca. 15%.

Przemysł superfosfatowy.

Opierając się na liczbach importu podstawowego surowca dla przemysłu superfosfatowego, t. j. fosforytów staje się widoczne, że

produkcja superfosfatów również znacznie wzrasta. Import bowiem fosforytów wzmógł się z 14.700 ton w r. 1932 do 46.800 ton w r. 1933, t. j., o 32.300 ton. Odpowiednio wzrosła prudukcja superfosfatów, oraz zbyt na rynku wewnętrznym, dochodząc w sezonie wiosennym do 20.600 ton, w sezonie jesiennym do 68,240 ton, razem w ciągu r. 1933 sprzedano 88.840 ton, co wskazuje na zwiększenie się spożycia w stosunku do r. 1932 o ca. 8.840 ton. Zwiększenie importu fosforytów należy pozatem przypisać zapoczątkowanej w r. 1933 produkcji nowego nawozu fosforowego — supertomasyny przez „Chorzów". Położenie przemysłu superfosfatowego jest nadal ciężkie, ze względu na olbrzymie zapasy wynoszące blisko dwuletnią produkcję.

Przemysł syntetyczno-organiczny.

Produkcja fabrykatów syntetyczno-organicznych wykazała wzrost o 50% w porównaniu do r. 1932. Natomiast produkcja barwnikow w r. 1933 wynosząca 1200 ton w porównaniu do r. 1932 nie wykazuje godnej uwagi zmiany.

Obroty w przemyśle farmaceutycznym utrzymały się na poziomie r. 1932, a nawet doznały pewnej poprawy.

Sole potasowe.

Ilościowe wyniki zbytu soli potasowych w r. 1933 wykazują, że spożycie produktu w efektywnych tonach zmalało. Natomiast w przeliczeniu na czysty tlenek potasu sprzedano na rynku krajowym prawie zawsze o 5% więcej, niż w sezonie poprzednim.

Produkty węglopochodne.

Równolegle do wzrostu wytwórczości koksu wzrosła i produkcja surowych produktów węglopochodnych t. j. smoły surowej, benzolu i siarczanu amonu.

Właściwy przemysł produktów węglopochodnych nie wykazał już dalszego spadku produkcji w r. 1933. odnośnie zaś niektórych wytworów skonstatowano nawet poprawę.

Warunki zbytu produktów węglopochodnych kształtowały się naogół nadal ciężko, na co wpłynął przedewszystkiem zastój w przemyśle budowlanym, oraz w związanych z nim gałęziach przemysłowych. Również niekorzystnie rozwijał się zbyt siarczanu amonu, ze względu na ograniczone zapotrzebowanie rynku rolniczego,

Przemysł destylacji drzewa.

Sytuacja w przemyśle destylacji drzewa iglastego nie uległa poważnej zmianie w porównaniu z r. 1932, natomiast zwiększyła się nieznacznie destylacja drzewa liściastego (0,5%). Zwiększenie to nie ma poważniejszego znaczenia, gdyż mimo to zużycie surowca w r. 1933 stanowiło zaledwie 50% zużycia w r. 1929. *d. c. n.*



STRESZCZENIA.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Dr. E. Leonhartsberger. **Coramina w zatruciu grzybami (muskaryną).** Coramin bei Pilzvergiftungen (Muskarin) Aerztliche Nachrichten, Nr. 24, 1934 r.

Autor opisuje, że rodzina składająca się z ojca, matki i 21-letniej córki, zachorowała po spożyciu grzybów własnoręcznie zebranych. Wszyscy troje przywiezieni zostali na oddział szpitalny w stanie zupełnej zapaści, nieprzytomności i braku wszelkich odruchów. Wszyscy pacjenci otrzymali podskórnie cardiazol, płókanie żołądka oraz injekcje kofeiny ze strychniną. Córka szybko przyszła do siebie, natomiast rodzice w dalszym ciągu byli nieprzytomni i bez tętna. Wówczas wstrzyknięto dożylnie 5,5 cm.^{3} ceraminy, ledwie ukończone wstrzykiwanie chorzy otworzyli oczy i wypowiedzieli kilka słów bez związku. Tętno poprawiło się. Oboje pacjenci zapadli niebawem znowu w stan nieprzytomności jednak przy znacznie lepszym stanie krążenia. Wszyscy troje pacjenci opuścili niebawem szpital wyleczeni.

Dr. D. Wenner. **Uspakajanie bólu czopkami z cibalginą** (Ueber Schmerzstillung mit Cibalgin Suppositerien). Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Rocznik 64, Nr. 47, str. 1071-1072, 24 listopad 1934 r.

Autor stosował czopki z cibalginą w 70 przypadkach z doskonałym wynikiem. Czopki nie drażnią zupełnie śluzówki odbytnicy. W 15—30 minut występuje znaczne złagodzenie bólu i lekki sen. Stanów podniecenia ani euforji nie obserwowano po czopkach z cibalginą.

Czopki mają szczególne znaczenie w dziecięcej praktyce, gdzie stosowanie infekcji a zwłaszcza morfiny jest bezwzględnie przeciwwskazane. Czopki z cibalginą działają intensywnie i długotrwale, nie wpływając niepomyślnie na perystaltykę.

U dzieci wystarczają czopki także po ciężkich zabiegach, a młodszych dzieci stosowano słabą dawkę, u starszych silniejszą dawkę. U dorosłych po lżejszych operacjach zalecane czopki z cibalginą, po ciężkich zabiegach kombinowane czopki z cibalginą i dilaudidem. Cibalgina zwiększa i przedłuża w połączeniu z dilaudidem i morfiną działanie narkotyku.

Na zakończenie autor podkreśla, że preparat przyjął się szczególnie w dziecięcej praktyce z powodu szybkiego ii długotrwałego działania oraz zupełnej nieszkodliwości.

Dr. Skursky Josef. **W sprawie coraminy (Ueber Coramin).** Wiener Medizinische Wochenschrift, Rocznik 84, Nr. 49. 1934 r.

Coramina stosowana była na oddziale szpitalnym od wielu lat jako anelepticum w schorzeniach m. sercowego, niedomodze sercowej, niewyrównanych wadach serca często w kombinacji z preparatami naparstnicy. Dobre wyniki otrzymano w zapaleniach płuc, w tyfusie oraz wszędzie tam, gdzie były wskazania do zastosowania środka orzeźwiającego. Możność doustnego podawania Coraminy stanowi wielką jej zaletę; najczęściej zalecano ją 2—3 razy dziennie po 25 kropel. Wielka rozległość terapeutyczna i mała jadowitość stawia Coraminę ponad wszystkiemi innemi podobnemi środkami. Te własności pozwalają na dożylne stosowanie dużych dawek Coraminy tam, gdzie chodzi o specjalnie szybki rezultat. Zazwyczaj wstrzykiwano 5—15 cm^3 dożylnie i taką samą ilość domięśniowo przy zatruciach narkotykami i środkami nasennemi. Autor cytuje 5 przypadków zatruć (2 weronalem, 1 somnifenem i 2 mieszane), leczonych z powodzeniem dużemi dawkami Coraminy. Podkreśla wybitnie dodatni wpływ dużych dawek Coraminy na oddech i krążenie przy braku ubocznych nieprzyjemnych objawów.

F. Faltitschek. **Leczenie oddechu Cheyne-Stokesa oxyaminteofiliną (Deriphyllin).** (Therapie der Gegenwart Nr. 1, styczeń 1935).

W leczeniu najczęstszych schorzeń serca, miażdżycy naczyń wieńcowych, uszkodzeniach mięśnia sercowego odgrywają ogromną rolę pochodne purynowe, dimetylksantyny czyli teofiliny lub teocyny. Wadę ich stanowi nierozpuszczalność w wodzie, wobec czego mogą być podawane tylko doustnie. W tym sposobie podawania powodują one często zaburzenia żołądkowe, nudności i bóle głowy. Dlatego też przekładano nad nie użycie podwójnych ich soli (np. Teophyllinum natrium aceticum) lub połączenia z innemi środkami np. etylendiaminą (eufilina). W ostatnich czasach firma Chemisch-Pharmaceutische A. G. Bad Homburg (we Frankfurcie nad Menem) wypuściła połączenie teofiliny z oxyaminą, t. zw. „Deriphyllin".

Autor wypróbował ten środek na klinice *Eppingera* w Wiedniu. Preparat ten, podawany wśródżylnie, usuwa oddech *Cheyne-Stokesa* i podobne postacie duszności u chorych z niedomogą serca, czego nie czyni czysta teofilina. Deriphyllina mniej obniża ciśnienie krwi, niż wśródżylne wstrzyknięcie eufiliny. Pozatem Deriphyllina posiada silne działanie moczopędne i poprawia napięcie i skurcz serca.

Najlepiej i najszybciej działa Deriphyllina w zastosowaniu wśródżylnem; u sercowo chorych zaleca się ostrożność (powolne wstrzyki-

wania słabych roztworów), gdyż inaczej może wystąpić silne uczucie gorąca, zawroty głowy i przemijający spadek ciśnienia krwi.

Wyniki, otrzymane przez autora, były bardzo dobre. Chorzy, którzy spowodu występującego w nocy oddechu *Cheyne-Stokesa* nie mogli sypiać, po Deriphyllinie korzystali ze spokojnego niezaburzonego snu. Autor podawał Deriphyllinę wśródżylnie lub wśródmięśniowo. Ponieważ jednak wśródmięśniowe wstrzykiwania powodowały czasami przelotne lekkie bóle w miejscu wstrzyknięcia, przekłada on wstrzykiwania dożylne w roztworach cukru gronowego. Wstrzykiwania należy robić wieczorem, gdyż oddech *Cheyne-Stokesa* ulega obostrzeniu w nocy. Szkód, spowodowanych przez Deriphyllinę, ani objawów nie tolerancji nigdy nie spostrzegano.

G. Zajcew. **Choroba Raynauda (Bolieźń Rejno).** Sowietskaja Klinika, t. XX, Nr. 3-4, 1934 r.

Choroba *Raynauda* jest schorzeniem układu nerwowo-naczyniowego, w którem kurcz układu tętniczego zależy od przewlekłego lub ostrego wzmożenia napięcia ośrodków współczulnego układu nerwowego.

Symptomatologja schorzenia i rozmaite okresy rozwoju choroby zostały opisane klasycznie przez *Raynauda.* Odróżnia on trzy okresy tego schorzenia:

1. Syncope locale, cechująca się zmianą zabarwienia (zbielenie), obniżeniem się ciepłoty (palce stają się zimne, marzną), dotkniętego odcinka skóry. Czucie dotykowe tęgo miejsca ulega obniżeniu. W tym okresie następuje nieznaczne i krótkotrwałe zwężenie naczyń. Chory czuje, jak gdyby palce stawały się martwe (signe de doigt mort).

2. Asphyxie locale, w której skóra przyjmuje sinawo-fjołkowe zabarwienie, dotknięte odcinki są chłodne, czucie dotyku obniżone, chorzy odczuwają w dotkniętych odcinkach kłucie, czasamy tępe bóle. Okresowi temu odpowiada długotrwały kurcz tętnic, zastój krwi w żyłach.

3. Gangrène symmetrique — silne zaburzenia w żywieniu dotkniętych odcinków ciała na tle utrzymującego się kurczu tętnic i wogóle zaburzenia krążenia doprowadzają do zjawienia się pod naskórkiem pęcherzyków, wypełnionych krwawą treścią; pęcherzyki te pękają, tworzą się owrzodzenia. Owrzodzenia te mogą się goić, lecz odbywa się to bardzo wolno. Dalszy zaś rozwój choroby prowadzi do powstania zgorzeli suchej znacznych odcinków, martwicy ich i odpadania.

Schorzeniu ulegają najczęściej kończyny górne i dolne (palce rąk i nóg), rzadziej inne części ciała: pośladki, biodra, uszy, koniec nosa,

siatkówka, prącie. Spostrzegano również symetryczne wypadanie brwi, przelotny cukromocz, białkomocz, bezsok żołądkowy, przelotne przecukrzenie krwi, osłabienie słuchu, wzmożone wydzielanie potu. Obwodowe ciśnienie krwi silnie się obniża, ośrodkowe ulega małym zmianom. Tętno obwodowe jest zachowane, gdyż w chorobie *Raynauda* w przeciwieństwie do zgorzeli samoistnej nie powstaje w tętnicach zakrzepowe zapalenie ich ściany.

Choroba *Raynauda* występuje najczęściej w wieku od 16 do 40 lat, bardzo rzadko bywa u dzieci, nie spotyka się prawie w wieku powyżej 50—60 lat. Chorobę *Raynauda* spotyka się o wiele częściej u kobiet, niż u mężczyzn.

W patogenezie choroby *Raynanda* odgrywa niewątpliwie ogromną rolę ogólny stan układu nerwowego, czynności psychiczne, jak również sfera hormonalna (w szczególności hormony płciowe). Niesłusznem byłoby jednakże chcieć sprowadzić etjologję i patogenezę tej choroby do jednej tylko teorji.

W leczeniu choroby *Raynauda* szkodliwem jest, zdaniem autora trzymanie się kierunku operacyjno-chirurgicznego. Usunięcie obwodowych ośrodków nerwowych lub przecięcie dróg, przewodzących bodźce na obwód, nie stanowi leczenia przyczynowego. Są to tylko doświadczalne zapędy pewnych chirurgów, nie prowadzące bynajmniej do celu w znaczeniu leczniczem, a tembardziej nie oznaczające postępu na drodze do naukowego poznania etjologji tego skomplikowanego schorzenia.

Niema podstaw do przeprowadzenia analogji między zgorzelą samoistną a chorobą *Raynauda* w sensie teorji *Oppela* (hyperadrenalinemja) tembardziej brak podstaw do usuwania nadnerczy w tych schorzeniach jak to zalecał *Oppel*.

Całe leczenie choroby *Raynauda* powinno być zwrócone w kierunku usuwania szkodliwych warunków życia i pracy chorego, stworzenia zdrowego nerwowo-psychicznego środowiska. Z metod leczniczych dużą pomoc okazują leczenie energją świetlną i hormonami. Wkroczenie chirurgiczne jest dopuszczalne tylko jako ostateczny środek pod warunkiem uprzedniego wyczerpania wszelkich metod zachowawczo-leczniczych.

Autor zwraca uwagę na następujące zmiany biochemiczne i morfologiczne krwi: zmniejszenie ilości hemoglobiny, leukopeuję, małopłytkowość, zwiększoną lepkość krwi. Opadanie czerwonych ciałek krwi i krzepliwość krwi są normalne.

I. Frejdowicz, B. Zwonnikow i N. Szmieliew. **Wyrwanie nerwu przeponowego w walce z jamą gruźliczą.** (Borba s tuberkuljozom № 12, 1934).

Wyrwanie nerwu przeponowego może dawać pełny wynik zarówno w jamach dolnych, jak i górnych płatów, częściej jednak w tych pierwszych.

Działanie wyrwania nerwu przeponowego na dolny płat pomimo spokoju i zapadnięcia się wyraża się również w bezpośredniem uciśnięciu przez ciśnienie wśrodbrzuszne. Spokój górnego płata może naruszać w silniejszym lub słabszym stopniu rozwój wyrównawczego oddychania żebrowo-piersiowego. Zrosty opłucnowe odgrywają dwojaką rolę w wyrwaniu nerwu przeponowego: ograniczając rolę oddychania żebrowego — płucnego i sprzyjając w ten sposób zapewnieniu spokoju płucu, stanowią one jednocześnie przeszkodę do osłabienia napięcia tkanki płucnej i do względnego zapadnięcia się płuca. Połączenie wyrwania nerwu przeponowego z blokadą nerwów międzyżebrowych stanowi, teoretycznie rzecz biorąc, celową metodę leczenia chirurgicznego.

Najbardziej wskazanemi do wyrwania nerwu przeponowego są przeważnie jednostronne procesy o charakterze nacieczeniowym i włóknisto-wytwórczym (lecz bez wybitnie wyrażonej marskości) z obecnością zmian rozpadowych, zajmujące nie więcej niż jeden płat, w których odma sztuczna jest niemożliwa do wykonania lub bezkuteczna spowodu zrostów opłucnowych.

W procesach obustronnych należy uwzględniać fakt, że w wyrwaniu nerwu przeponowego największemu obciążeniu ulega dolny płat drugiego płuca.

W umiejscowieniu jamy w okolicy przywnękowej, jak również w procesach wysiękowo pneumonicznych, powodujących znaczne zagęszczenie całego płata płucnego z wybitnie wyrażonym składnikiem serowatym, wyrwaniu nerwu przeponowego należy oddać pierwszeństwo przed odmą sztuczną.

W niedużych odosobnionych jamach i naciekach o niedużych rozmiarach bez wyraźnych objawów rozpadowych należy robić częstszy użytek z czasowej blokady nerwu przeponowego zapomocą wstrzykiwania alkoholu do tego nerwu.

Bezwzględnym warunkiem pomyślnego wyniku operacji jest możliwość przeprowadzenia następowego leczenia sanatoryjnego.

Następowe działanie wyrwania nerwu przeponowego można jeszcze spotęgować zapomocą długotrwałego leżenia chorego na boku operowanym, ażeby w ten sposób wywołać jak największe uniesienie się sklepienia przepony i zapewnić górnemu płatowi płuca warunki najzupełniejszego spokoju.

W razie obecności zrostów wierzchołkowych jednocześnie ze zrostami u podstawy płuca wyrwanie nerwu przeponowego może stanowić cenne uzupełnienie odmy sztucznej zwłaszcza tam, gdzie przepalanie zrostów metodą *Jacobaeusa* okazuje się technicznie niemożliwem.

A. Arinkin i A. Czystowicz. **Klinika leukoz plazmatycznokomórkowych.** (Klinika plazmoklietocznych lejkozow). Kliniczeskaja Medicina t. XII, 11-12, 1934 r.

Na podstawie 3 opisanych przez siebie przypadków leukoz plazmatycznokomórkowych i danych piśmiennictwa stwierdzają autorzy, że choroba przebiega nader ostro z wysoką gorączką. Choroba rozpoczyna się po przebytej niedawno anginie, którą ponownie stwierdzano albo od samego początku choroby, albo w dalszym jej przebiegu. Anginie towarzyszyły silne bóle, utrudniające połykanie, obrzmienie, zaczerwienienie i oddzielne punkcikowate wybroczyny na błonie śluzowej podniebienia miękkiego; czasami przybierała angina charakter martwicowy, a wtedy proces martwicy rozszerzał się na błonę śluzową dziąseł i na języczek. Proces martwicowy obejmował błonę śluzową żołądka i kiszek, czemu towarzyszyły krwawe wymioty i stolce. Martwicy ulegały również chrząstki krtani. Na skórze stwierdzano bądź ogólne osutki krwotoczne o charakterze wybroczyn lub pokrzywki, bądź regjonalne. Czasami do wybroczyn przyłączały się rozległe podbiegnięcia krwawe ze znacznem obrzmieniem skóry i tkanki podskórnej. W miejscu dawnych wylewów krwawych rozwijała się martwica sucha lub wilgotna, przypominająca zgorzel po zadziałaniu czynników cieplnych (zbyt wysokiej lub niskiej ciepłoty). W 2 przypadkach spostrzegano zapalenie wsierdzia, w trzecim nie stwierdzono przy badaniu pośmiertnem żadnych zmian wsierdzia. Zmiany krwi obwodowej nie dawały typowego obrazu, t. j. we krwi obwodowej nie stwierdzono znacznego zwiększenia liczby komórek plazmatycznych pomimo istnienia leukocytozy lub hiperleukocytozy. Liczba płytek i ich morfologja nie wykazywały odchyleń od normy, megakarjocyty były bez zmian.

Objawy skazy krwotocznej należy więc wiązać w leukozach plazmatycznokomórkowych, podobnie jak w ostrych białaczkach, ze zmianami w ściance naczyń. Przy badaniu treści, wydobytej zapomocą nakłucia mostka, stwierdzono dużą liczbę komórek plazmatycznych o rozmaitym charakterze morfologicznym. Odsetkowe zwiększenie liczby komórek plazmatycznych w punktacie mostka, było jednym z tych objawów, któremi kierowali się autorzy w rozpoznawaniu leukozy plazmatycznokomórkowej; sam tylko ten objaw w braku innych nie pozwala jednak na postawienie tego rozpoznania, gdyż spotyka się on również np. w durze osutkowym.

Symptomatologja leukozy plazmatycznokomórkowej przypomina inne ostre białaczki; do tych wspólnych objawów zaliczyć należy objawy skazy krwotocznej ze strony skóry i błon śluzowych, objawy zniszczenia ze strony błon śluzowych, nigdy jednak w ostrych białaczkach (retikulo-endoteliozy, retikulozy, myelozy, ostre białaczki limfatyczne) nie spotyka się martwic skóry, przynajmiej tak rozległych, jak w leukozie plazmatyczne-komórkowej. Dlatego też martwicę skóry i tkanki podskórnej należy uważać za główny i charakterystyczny objaw leukozy plazmatyczno-komórkowej w pewnym okresie tej choroby.

W przeciwieństwie do ostrych białaczek morfologiczny skła[d] krwi obwodowej w leukozach plazmatycznokomórkowych przez dłu[gi] czas nie wykazuje znaczniejszych odchyleń od normy; dlatego też [b]adanie krwi obwodowej nie rozstrzyga o rozpoznaniu, które może znaleźć potwierdzenie w wynikach przyżyciowego badania punktat[u] mostka. Tylko w połączeniu z innemi objawami zwiększenie liczby komórek plazmatycznych w punktacie w braku innych zmian w jego morfologji zmusza do postawienia rozpoznania leukozy plazmatycznokomórkowej.

Rozwój leukozy plazmatycznokomórkowej po przebytej anginie każe przypuszczać, że jama ustna stanowi wrota, przez które dostaje się do ustroju nieznany nam jeszcze zarazek, Bakterjologiczne badanie krwi obwodowej i punktatu mostka, szczepienia zawartości pęcherzy skórnych myszom dały wyniki ujemne. Bolesność stawów, osutka krwotoczna typu pokrzywkowego na skórze każą myśleć o tem, że mamy tutaj do czynienia z objawami wstrząsu. Nie wiemy jednak, dlaczego powstaje uczulenie, jaki zarazek jest jego sprawcą. Myśleć raczej należy, że leukoza plazmatycznokomórkowa, jak wogóle ostre białaczki, jest wynikiem zakażenia, procesu posoczniczego, na podłożu którego u osób z określoną, dotąd bliżej nieznaną koustytucją rozwijają się ostre schorzenia białaczkowe.

N. Fiessinger, R. Moricardil, — M. Laur. **Próba hepatopojezy hormonalnej** (Essai d'hépatopoièse hormonale). Annales de médecine t. XXXVI, № 5, grudzień 1934 r.

Punkt wyjścia dla badań autorów stanowiły prace nad somatotropowym hormonem przedniego płata przysadki mózgowej, który pobudza procesy wzrostowe, a więc mógłby, teoretycznie rzecz biorąc, pobudzić procesy odradzania się tkanki wątrobowej.

Pierwszą serję doświadczeń przeprowadzano na młodych szczurach, u których wywołano marskość typu okołobramnego z nacieczeniem okrągłokomórkowem i olbrzymiemi jądrami. Zwierzęta, które otrzymały antelobinę, wykazywały obrazy podziału pośredniego (mitotycznego), zwłaszcza w przestrzeniach około-bramnych, i zwyrodnienie ziarnisto-tłuszczowe ledwie zaznaczone, podczas gdy u zwierząt kon-

trolnych kinezy były rzadsze, a procesy zwyrodnieniowe wybitniej wyrażone. Wskutek zmiany warunków doświadczalnych nie spostrzegano już podziału pośredniego, natomiast dużą liczbę amitoz. W tej drugiej grupie szczurów (w wieku 2 miesięcy) stwierdzono rozpoczynającą się, lecz wyraźną marskość ze zwyrodnieniem ziarnisto-tłuszczowem. U zwierząt, leczonych antelobiną, dominującym jest rozrost jądra z licznemi figurami podziału, cofanie się nacieczenia limfocytarno-łącznotkankowego (nadewszystko limfocytarnego) w przestrzeniach okołobramnych. Nie było figur kinetycznych, natomiast liczne olbrzymie jądra.

A zatem podawanie antelobiny szczurom, zatrutym czterochlorkiem węgla we wziewaniach, wywołało następujące zmiany w wątrobie:

1) u szczurów młodych niedojrzałych wytwórcze procesy odradzania się z figurami podziału kinetycznego lub dużą liczbą rozrostu cytoplazmy i jąder oraz amitozy;

2) u szczurów dojrzałych utrzymanie wytwórczego procesu stwardnieniowo-łącznotkankowego około-bramnego i obrazy odradzania się komórek wyłącznie drogą amitozy z rozrostem jąder.

Badania innych autorów dowodzą również, że hormon przedniego płatu przysadki mózgowej wywołuje w miąższu odczyny z pewnością różne w zależności od dawek, lecz niewątpliwe.

Wobec tego autorzy zaczęli stosować hormon przedniego płatu przysadki mózgowej u ludzi ze schorzeniami miąższu wątrobowego. Leczenie to okazało się nawet w tych przypadkach, gdzie zawiodło, nieszkodliwem. Hormon przedniego płata przysadki mózgowej wstrzykiwano codziennie albo co 2—3 dni.

W pewnej liczbie przypadków marskości wywierał on pomyślny wpływ na objawy wątrobowe, wywołane, jak się zdaje, przez uszkodzenie miąższu: poprawę stanu nerwowego, zmniejszenie się stanu półżółtaczkowego, poprawę łaknienia, ustępowanie odrętwienia, lekkie zmniejszenie się obrzęków. Natomiast na wodobrzusze nie wpływała antelobina tak skutecznie, jak wśródżylne leczenie cjankowe; jest ona jednak skuteczniejsza, niż podskórne wstrzykiwania wyciągów wątrobowych i insuliny. Charakter otrzymywanej poprawy nie był stały. W innych przypadkach marskości antelobina nie wywoływała zupełnie poprawy.

W ciężkich żółtaczkach leczenie antelobiną przeważnie zawodziło, w lekkich — otrzymywano czasami szybką poprawę.

Z tych faktów klinicznych nie można wyciągać zbyt kategorycznych wniosków. Jeżeli chodzi o marskość, doświadczenie nauczyło nas trudności, jakie się nastręczają przy ocenie wyników leczniczych. Nawet, zabezpieczając się wszelkiemi metodami badania czynnościowego, nie można w początkach choroby przewidzieć przyszłości marskości; należy zwiększyć liczbę badań, a nadewszystko obserwować

przebieg. Całokształt jednak faktów doświadczalnych i pewne fakty kliniczne zmuszają do zastanowienia się. Być może, znajdzie się w przyszłości w hormonach wzrostowych środek, pobudzający odradzanie się miąższu w narządach, których czynność odczynowa jest jeszcze możliwa. Otrzymane wyniki są pod tym względem zachęcające. W porównaniu z wynikami opoterapji wątrobowej i leczenia insuliną i cukrem opoterapja przysadkowa daje wyniki równie, a nawet bardziej zachęcające.

Leczenie preparatami przedniego płata przysadki mózgowej, które w doświadczeniach na zwierzętach pobudza odradzanie się wątroby, dotkniętej zwyrodnieniem toksycznem, może w sprawach wątrobowych okazać się pomocnem w procesie odradzania się miąższu, zmienionego przez proces ostry lub przewlekły. Jest to więc metoda oddziaływania nie na zmiany śródmiąższowe (mezenchymalne), lecz na zmiany miąższowe, będące w okresie rozwoju.

PEDJATRJA.

E. Flusser. **Zarośnięcie przedsionka małych dziewczynek** (occlusio vestibuli infantum) (Muenchener medizinische Wochenschrift Nr. 5, styczeń 1935 r.).

Zrośnięcie się warg sromowych (gynatresia labialis infantum acquisita, occlusio vulvae interlabialis) zdarza się w wieku niemowlęcym i dziecięcym stosunkowo często (w 1% przypadków). Zaburzenie to, na które zwrócił uwagę *Schlack*, przechodzi samo przez się i u dzieci w wieku powyżej 3 lat spotyka się wyjątkowo. *Schlack* przecenia w w opisywanym obrazie chorobowym rolę, jaką odgrywają w całym procesie wargi sromowe mniejsze. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że wargi mniejsze są zrośnięte, przy dokładniejszem jednak oglądaniu okazuje się, że wprawdzie są one, zwłaszcza w częściach proksymalnych, nieco zlepione ze sobą swą powierzchnią wewnętrzną, lecz można je łatwo i zawsze oddzielić od siebie bez krwawienia. Dopiero gdy się rozsunie wargi, natrafia się na błonę, zamykającą przedsionek, tak, że nie można uczynić widocznem ani wejścia do pochwy, ani zewnętrznego ujścia cewki moczowej. Mocz opróżnia się do przedsionka i wypływa z niego dopiero przez otwór w zamykającej błonie poniżej łechtaczki. Przez rozsunięcie wargi można rozciągnąć błonę o 1—2 mm., poczem ulega ona rozdarciu krwawiąc. Błona ta przyczepia się do ściany przedsionka w tem miejscu, gdzie odchodzą wargi sromowe mniejsze, sięga zaś do spoidła tylnego. Zrośnięcie obejmuje więc nie wargi sromowe mniejsze, lecz przeciwległe ściany przedsionka. Czasami zarośnięcie przedsionka jest niezupełne.

Błona stanowi płaszczyźniany zrost przeciwległych ścian przedsionka wzdłuż przyczepu warg sromowych mniejszych. Ma się tutaj

do czynienia nie ze zrośnięciem się, lecz z zarośnięciem, gdyż błona wyrasta ze spoidła tylnego i stanowi jego przedłużenie, przyczem przy stopniowym wzroście może dojść prawie aż do łechtaczki.

Zarośnięcie przedsionka powstaje najpóźniej w czwartym, piątym roku życia. Poza przypadkowemi uszkodzeniami nigdy prawie nie przychodzi do rozdarcia błony. W tkance, tworzącej błonę, wytwarzają się luki, które stają się coraz większe, aż zostaną przywrócone normalne stosunki. Jako pozostałości widuje się mostek, ciągnący się od jednej ściany przedsionka do drugiej w postaci mięsistego powrózka grubości do 2 mm. Spotkać go można w rozmaitych miejscach niedaleko od spoidła, lecz również na wysokości ujścia cewki moczowej lub łechtaczki. Sczasem staje się on coraz cieńszy, aż zupełnie znika.

Zmian tych nie dostrzegają w większości przypadków ani rodzice, ani lekarz nawet wtedy, gdy zarośnięcie jest prawie całkowite dla wydalania moczu pozostaje tylko drobny otwór poniżej łechtaczki. Autor jeden raz tylko widział dwuletnie dziecko z zatrzymaniem moczu. Dzieci takie wykazują uderzająco częste parcie na mocz, a czasami podczas mikcji muszą silnie przeć. Strumień moczu wykazuje niezwykły kierunek, albo też nie widzi się prawdziwego strumienia moczu, który wylewa się w kształcie wachlarza we wszystkich kierunkach nad pośladkami i udami, tak, że dziecko trzeba potem myć; majtki dzieci są stale mokre. Podczas mikcji mocz wypełnia spocżątku przedsionek, rozciąga go jak balon gumowy; dzięki ciśnieniu moczu i przeciwdziałania rozciągniętych tkanek wytryskuje mocz z małego otworu poniżej łechtaczki we wszystkich kierunkach. Jest rzeczą zrozumiałą, że sczasem pod wpływem ciśnienia odżywianie tkanek, tworzących zarośnięcie, ulega upośledzeniu, co sprzyja i przyśpiesza wyleczenie. Uderza natomiast, w jak drobnym stopniu odbijają się te zaburzenia na cewce moczowej i pęcherzu moczowym. Po rozciągnięciu błony nie widzi się żadnych zmian w ujściu zewnętrznem cewki moczowej. W moczu cewnikowanym, otrzymanym po rozcięciu błony, znajduje się nieco więcej leukocytów niż normalnie, nigdy jednak nie spostrzegał autor zapalenia cewki moczowej, ani pęcherza moczowego.

Rozprucie błony wykonywa autor zawsze cewnikiem; już samo wprowadzenie cewnika może wywoływać takie napięcie błony, że pęka ona na całej swej długości. Właściwszem jednak wydaje się autorowi nacinanie błony na cewniku najmniejszym skalpelem. Następnie kładzie się cienki pasek gazy z maścią. Autor stosuje maść, zawierającą 1% Scharlachrot, 2,5% Anaesthesini, 10% Ol. Jecoris Aselli. Rana szybko pokrywa się nabłonkiem.

Nawroty są bardzo częste i zawsze powstają w ten sam sposób, a mianowicie nie przez zrastanie się powierzchni rozdarcia czy cięcia, lecz przez narastanie tkanek ze spoidła tylnego.

Autor uważa „zarastanie przedsionka“ (occlusio vestibuli) za nieprawidłowość konstytucyjną, która występuje w większości wypadków w parze z nienormalnie małemi wargami sromowemi większemi. Dzieci, które nie są jako noworodki „makrogenitalnemi“, zachowują się w swym dalszym rozwoju inaczej niż inne normalne dzieci. Wśród dziewczynek „mikrogenitalnych“ spostrzegał autor np. obrzęk śluzakowaty i coeliakia. Pozatem autor zawsze spostrzegał mniejsze lub większe odchylenia w wyglądzie i zachowaniu się tych dzieci i ich krewnych.

OTOLARYNGOLOGJA.

L. Forschner. **Przyczynek w sprawie znieczulenia miejscowego przy otwarciu ropni przymigdałkowych.** (Medizinische klinik Nr. 6, luty 1935 r.).

Mimo istnienia doszczętnej operacji ropni przymigdałkowych (t.j. wycięcia migdałków i tem samem otwarcia ropnia), jednak zwykłe opróżnienie ropni należy do codziennych zabiegów praktyki laryngologicznej. Po cięciu (incisio)) dopiero po pewnym czasie następuje usunięcie migdałka. Takie zachowawcze stanowisko zajmuje większość lekarzy szkoły wiedeńskiej. Otwarcie ropni przymigdałkowych odbywa się we wzsystkich niemal przychodniach, w godzinach przyjęć, niekiedy bez zastosowania znieczulenia. Zabieg otwarcia ropni jest bardzo krótkotrwały, jednak wyjątkowo bolesny. Bardzo rzadko stosuje się krótkotrwałe odurzenie eterowe lub chlooretylowe. Krótkotrwałe uśpienie nię jest stosowne, gdyż chory podejmuje ruchy obronne, nadto zachodzi niebezpieczeńtswo zachłyśnięcia się ropą. Miejscowe znieczulenie nie przyjęło się, aczkolwiek w roku 1914, już zalecono okrężne nastrzyknięcie ropni. Według *Tindera* znieczulenie miejscowe jest metodą niewłaściwą i czasem trudną do przeprowadzenia wobec szczękościsku.

Dotychczas nie stosowano systematycznie znieczulenia miejscowego przy otwarciu ropni przymigdałkowych z powodów następujących:

1) Szczękościsk przeszkadzał swobodnie posługiwać się igłą i strzykawką.

2) Trudności lub niemożność znieczulenia drogą nacieczenia w obrębie tylnego łuku podniebiennego.

3) Obawa przed wstrzykiwaniem nowokainy do tkanki zapalnej wobec niebezpieczeństwa zawleczenia zarazków.

Ad 1) Istnieje bardzo prosty sposób usunięcia szczękościsku. Należy wstrzyknąć do żwacza odnośnej strony 2—3 cm³. ½% rozczynu

nowokainy. Szczękościsk ustępuje niezwłocznie, poczem można bez przeszkód podejmować zabiegi w obrębie jamy ustnej.

Ad 2) Znieczulenie drogą nacieczenia tylnego łuku podniebiennego jest w szeregu przypadków bardzo trudne, czasem w drodze bezpośredniej niemożliwe. Chodzi o to, iż spowodu znacznego obrzęku przedniego łuku podniebiennego i języczka tylny łuk jest całkowicie przykryty. Pierwsze wstrzyknięcie nowokainy najlepiej wobec tego stosować do tej części języczka, która jest zwrócona ku stronie ropnia. W tem miejscu należy wytworzyć pierwszy bąbel podczas znieczulenia.

Górna część tylnego łuku podniebiennego dostaje się w ten sposób w obręb działania znieczulenia. Po wystąpieniu pierwszego bąbla można wytworzyć drugi bąbel już w zakresie tylnego łuku podniebiennego i w ten sposób osiągnąć znieczulenie odnośnego odcinka. Z bąbla na języczku stosuje się znieczulenie drogą nacieczenia na cały przedni łuk podniebienny ewentualnie na podstawę języka. Wstrzykiwać należy 2% rozczyn nowokainy, przyczem wystarczy 4—5 cm^3.

Ad 3) Obawa pzred wstrzykiwaniem nowokainy do tkanek zapalnych nie jest uzasadniona, gdyż ognisko ropne znajduje się zdala od miejsca wstrzykiwania. Jednak nie można zaprzeczyć, iż należy uwzględnić niebezpieczeństwo dalszego szerzenia się zakażenia.

Ostatnio przypadkowo stwierdzono następujące dane, dotyczące warunków bakteryjnych w okolicy ropni przymigdałkowych: jeżeli wstrzyknąć rozczyn fizjologiczny do łuku przedniego, zaś później tą samą strzykawką wciągać płyn wstrzyknięty, wówczas okazuje się, iż płyn ten zawsze pozostaje jałowy. Oczywiście uprzednio należy odnośną okolicę zajodynować. Dane te dotyczą migdałków schorzałych, anginy i ropni przymigdałkowych.

Na zasadzie przytoczonych wyników doświadczalnych można twierdzić, iż znieczulenie łuków podniebiennych drogą nacieczenia jest zupełnie bezpieczne nawet w przebiegu ropni przymigdałkowych. Wprawdzie w otoczeniu ropni przymigdałkowych istnieje obrzęk zapalny, lecz jest on zupełnie jałowy.

W 100 przypadkach ropni przymigdałkowych stosowano znieczulenie miejscowe bez żadnych powikłań.

Technika wstrzykiwań jest następująca:

1) Wstrzykuje się 2—3 cm^3 ½% rozczynu nowokainy do żwacza odnośnej strony w razie istnienia szczękościsku.

2) Zajodynowanie języczka i przedniego łuku podniebiennego po stronie ropnia.

3) Bezpośrednio po tem wytworzenie bąbla na języczku po stronie chorej zapomocą wstrzykiwania 2% rozczynu nowokainy. Wkłuwając igłę do pierwotnego miejsca wstrzyknięcia znieczula się górny odcinek tylnego łuku podniebiennego, zaś następnie łuk przedni.

4) Należy czekać 10 minut, aż nastąpi działanie nowokainy.

5) Cięcie według Killiana z użyciem szczypczyków *Marschika*.

Powyższe postępowanie zasługuje na powszechne zastosowanie, gdyż oszczędza chorym silnego bólu, nie powoduje żadnych powikłań.

CHIRURGJA.

F. Sauerbruch i F. Hartmann. **Przyczynek do chirurgji nowotworów wewnątrzrdzeniowych** (Beitrag zur Chirurgie intramedullaerer Neubildungen). Scheizerische medizinische Wochenschrift Nr. 2, 1935.

Autorzy podają opis 4 przypadków z nowotworami wewnątrzrdzeniowemi w obrębie piersiowego i szyjnego rdzenia kręgowego.

U 13 letniej dziewczynki stwierdzono przy operacji rzadko spotykaną torbiel skórzastą (cystis dermoidalis) rdzenia piersiowego, dzięki operacji osiągnięto trwałe wyleczenie, potwierdzone przez $3^1/_2$-roczną obserwację.

Usunięcie rozległego nowotworu glejakowego u 31-letniego mężczyzny przyniosło daleko idącą poprawę.

U dwuch pozostałych chorych były nieoperacyjne rozsiane glejaki rdzenia piersiowego. W jednym przypadku wyniki badania klinicznego (kurczowy niedowład obu kończyn, odruch *Babińskiego* po obu stronach dodatni, zaburzenia czucia, rozpoczynające się na wysokości D_2, w postaci lekkiej strefy przeczulicowej na tułowiu, ku dołowi zaburzenia czucia bólu i ciepłoty z wyjaśnieniem w okolicy krzyżowej, w tym zakresie zaburzenia były silniej wyrażone po stronie prawej niż lewej tak, że zaznaczał się typ porażenia *Brown-Séquarda;* płyn mózgowo rdzeniowy zawierał białko, natomiast liczba komórek nie była zwiększona; obraz myelograficzny (zatrzymywanie się jodipiny na wysokości VI kręgu piersiowego wprawdzie niezupełne, lecz jednak typowe) doprowadziły do pomyłki rozpoznawczej: neurolog stwierdził z zupełną pewnością istnienie dobrotliwego nowotworu zewnątrzrdzeniowego, dającego się wyłuszczyć, na wysokości II kręgu piersiowego, tymczasem przy operacji stwierdzono wewnątrzrdzeniowy rozsiany nowotwór glejakowy, nie nadający się do wyłuszczenia.

U drugiego chorego udało się przed operacją postawić rozpoznanie co do rodzaju nowotworu dzięki charakterystycznemu obrazowi myelograficznemu (wprawdzie na wysokości piątego i szóstego kręgu szyjnego okazał się cień wielkości żołądzi, który jednak w swej dolnej części był rozpulchniony i nieostro ograniczony; od tego cienia biegły równolegle wdół, począwszy od pierwszego kręgu pier-

siowego, smugi jodipiny w kształcie sznura pereł; te plamki cieniowe w kształcie ziaren soczewicy można było prześledzić aż do pierwszego kręgu krzyżowego; jedna kropla znalazła się również na dnie ślepego worka).

P. Walzel. **Objawowe leczenia tężca zapomocą wśródżylnego uśpienia evipanem.** (Schweizerische medizinische Wochenschrift Nr. 4, styczeń 1935 r.).

Autor podaje opis 17 przypadków tężca, w których zastosowano wśródżylne wstrzykiwania evipanu. W przypadkach tych evipan okazał się znakomitym środkiem uspakajającym, który bez żadnej wątpliwości zaliczyć należy do szeregu wprowadzonych już do leczenia tężca środków uspakajających i nasennych. Ogromnemi zaletami evipanu są jego łatwy sposób podawania i nader szybkie działanie. Nie można mówić oczywiście o jego czysto leczniczych wynikach, jak nie mówi się o nich w stosowaniu innych środków nasennych.

F. Ody. **Zespolenie żyły krezkowej z żyłą próżną w marskości Laënneca.** (Schweizerische medizinische Wochenschrift Nr. 4, styczeń 1935 r.)

Autor nie sądzi, by zespolenie żyły krezkowej z żyłą próżną mogło wyprzeć wszystkie inne operacje, dotychczas zaproponowane, lecz zabieg ten zasługuje na równouprawnienie w stosowaniu, zwłaszcza u osobników młodych, u których, jak tego dowodzi przykład dwóch opisywanych przypadków, możliwość istnienia marskości zanikowej nie jest wyłączona. Zabieg opisywany jest szczególnie wskazany w przypadkach, względnie częstych. w których pierwsza operacja (np. *Talmy*) zawiodła.

Uderzającym jest fakt, jak dobrze bywa znoszony tak poważny zabieg operacyjny, i że bezpośrednie przechodzenie krwi z żyły krezkowej do dużego krwiobiegu nie wywołuje cięższych zaburzeń.

Należy sobie uprzytomnić fakt, że żyły jelita cienkiego, podobnie jak okrężnicy, łączą się ze sobą wielokrotnie, wychodząc z jelit i tworząc w ten sposób dwie lub trzy arkady, podobne do arkad tętniczych, i że przecięcie żyły krezkowej nie wyłącza bynajmniej możliwości powrotu krwi w kierunku wątroby. Rzeczywiście przypadek autora dowodzi, że zespolenie, wykonane przezeń, działa jedynie na podobieństwo wentyla, przypominając nieco żyłę twarzową, której prąd ulega bez przerwy w miarę różnic ciśnienia zmianom bądź w kierunku czaszki, bądź w kierunku szyi. Zespolenie to zapobiega przeładowaniu układu żyły wrotnej, lecz nie zmienia zasadniczo kierunku krążenia. Ostatnim szczegółem, który zasługuje na podkreślenie, jest techniczna łatwość operacji. Autor myślał spoczątku. że konieczny będzie szew ścisły i ciągły. Po nałożeniu czterech szwów fikcyjnych autor uzupełnia je szwami pośredniemi.

Niepotrzebne są specjalnie przyrządy: zwykłe igły jelitowe i cienki jedwab; kilka szwów. Niskie ciśnienie w żyle krezkowej i próżnej nietylko czyni zbędnym nadmiar materjału do szycia, lecz przeciwnie naraża na ułatwianie przezeń powstawania zakrzepu w żyle krezkowej i próżnej.

Należy pamiętać także, że, jeśli wykonanie zespolenia powoduje jakiś wypadek podczas operacji, można się zawsze cofnąć bez szkody dla chorego i podwiązać i żyłą krezkową, i żyłą próżną. Istnieje dość opisów dowodzącycych, że podwiązanie żyły próżnej dolnej poniżej żył nerkowych nie pociąga za sobą niebezpieczeństw.

GINEKOLOGJA.

P. Werner, **Leczenie schorzeń zapalnych kobiecych narządów rodnych.** Aerztliche Praxis Nr. 1, styczeń 1935 r.

W każdem schorzeniu zapalnem ginekologicznem należy ustalić etjologję.

Wchodzą tu w rachubę następujące możliwości: 1) rzeżączka, 2) zakażenie połogowe, 3) różne drobnoustroje, 4) gruźlica.

Ad 1) Gonokokki powodują zapalenie błony śluzowej szyjki, macicy i jajowodu oraz zapalenie otrzewny ściennej i trzewnej.

Ad 2) Zarazki zakażenia połogowego przenikają wgłąb tkanek, powodując zapalenie tkanki łącznej przymacicza, przyczem współistnieje schorzenie błon śluzowych.

Ad 3) Wchodzą tu w rachubę różne drobnoustroje, pochodzące z otoczenia narządów rodnych, jelit, wyrostka robaczkowego lub zzewnątrz w związki z wprowadzeniem ciał obcych do jamy macicy.

Ustalenie etjologji nastręcza duże trudności, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych. W przebiegu przewlekłej rzeżączki wchodzi w rachubę próba prowokacyjna oraz odczyn odchylenia dopełniacza gonokokkowego.

Jednostronne schorzenie przydatków świadczy o pochodzeniu urazowem lub o szerzeniu się zakażenia z sąsiednich narządów brzusznych, czasem jest z następstwem przerzutów sprawy zakaźnej. Zapalenie rzeżączkowe lub połogowe zazwyczaj występują obustronnie. Umiejscowienie sprawy zapalnej w tkance łącznej przymacicza przemawia na korzyść schorzenia połogowego. Jednak przy dłuższem trwaniu sprawy rzeżączkowej wskutek zakażenia mieszanego zmiany dotyczyć mogą również tkanki łącznej.

Rzeżączka zazwyczaj umiejscawia się w zewnętrznej połowie jajowodu i jajniku, wówczas gdy schorzenia połogowe zajmują cały jajowód.

Guzy zapalne przydatków na tle zakażenia połogowego przylegają bezpośrednio do macicy, przyczem ruchomość jajowodów jest zmniejszona.

Natomiast w przypadkach rzeżączki guzy zapalne przydatków są nieco oddalone od macicy, zaś jajowody są ruchome.

Należy odróżniać obrzęk zapalny przydatków od obrzęku tkanki łącznej przymacicza.

Guz przydatków ma powierzchnię wypukłą i daje się odgraniczyć od ścianki miednicy i od macicy. Wysięk przymaciczny umiejscowiony jest na ściance miednicy na szerokiej podstawie, przyczem powierzchnia jego jest wklęsła, jednocześnie w przeciwieństwie do guzów zapalnych przydatków stwierdza się nieruchomość wysięku. Wreszcie wysięk przymaciczny przylega do ścianek pochwy, wówczas gdy obrzęki przydatków mieszczą się w pewnem oddaleniu od pochwy.

W ostrym przebiegu sprawy należy zalecić spokój, leżenie w łóżku, worek z lodem na brzuch, uregulowanie stolca oraz całkowite zaniechanie zabiegów miejscowych.

Dopiero po ustąpieniu gorączki zamiast worka z lodem stosuje się okłady *Priessnitza* i przepłukiwania pochwy. celem usunięcia nadmiernej wydzieliny.

Aby przyśpieszyć ustąpienie obrzęków zapalnych stosuje się d j a t e r m j ę. Na początku wskazane jest bardzo ostrożne dawkowanie. Jedną elektrodę umieszcza się w okolicy krzyżowej, drugą nad spojeniem łonowem. Posiedzenie trwa 5 — 10 minut, robi się je co 2-gi dzień. Każde wzniesienie ciepłoty jest wskazaniem do przerwania leczenia djatermją. Djatermję wewnętrzną (jedna elektroda w pochwie — druga w postaci pasa) można zastosować dopiero po kilkutygodniowym okresie bezgorączkowym.

Pomyślnie działa djatermja w sprawach połogowych, natomiast mniej skutecznie — w rzeżączce. Leczenie djatermją można łączyć z wstrzykiwaniami terpichiny. Co drugi dzień wstrzykuje się domięśniowo 2 $cm.^3$

Leczenie kąpielami może być przeprowadzone dopiero wtedy, gdy upłynęło dość czasu po ustąpieniu objawów ostrych, w przeciwnym razie wystąpić mogą nawroty.

Leczenie szczepionkami działa bardzo skutecznie w przypadkach rzeżączki. Szczepionki można stosować dopiero po dłuższym okresie bezgorączkowym. Rozpoczyna się leczenie od 60 miljonów, stopniowo powiększając do 3000 miljonów. Wstrzykiwanie stosuje się co 3 — 4 dni, jeżeli niema wzniesienia ciepłoty. W przeciwnym razie należy przeczekać okres gorączki. Szczególnie pomyślnie działa wstrzykiwanie do części pochwowej macicy. Szczepionka musi być świeżo sporządzona.

W przypadkach o uporczywym przebiegu, gdy mimo wieloletniego leczenia nie osiąga się poprawy, wskazana jest operacja, która polega na usunięciu zarówno macicy, jak i przydatków. Wycięcie jedynie przydatków zazwyczaj pozostaje bezskuteczne. Wyjątek stanowią schorzenia

przydatków, wywołane przez sprawę, toczącą się w sąsiedztwie ujścia zewnętrznego (brzusznego) jajowodu. Wówczas wystarczy wycięcie jajowodu z zachowaniem macicy. Dotyczy to zwłaszcza guzów zapalnych przydatków na tle zapalenia wyrostka robaczkowego.

Operacja jest wskazana szczególnie u kobiet starszych, gdy czynność jajnika wygasa. Nadto u kobiet starszych leczenie zachowawcze jest naogół mało skuteczne, zaś często pod maską sprawy zapalnej, kryją się w wieku starszym schorzenia nowotworowe. Guzy torbielowate przydatków stanowią również wskazanie do operacyjnego usunięcia przydatków.

Mniejsze zabiegi, jak: cięcie, opróżnienie ropnia są stosowane w przypadkach ropnia przymacicza i ropnego wysięku jajowodu. Przecięcie ropnia przymacicza jest skuteczne dopiero w tym okresie, gdy nastąpiło ostateczne ukształtowanie się ropnia. Wówczas występują objawy ze strony odbytnicy (parcie, bóle przy oddawaniu stolca, niedowład zwieracza odbytnicy). W tym okresie wystarcza nacięcie w obrębie tylnego sklepienia pochwy.

Z powyższych danych wynika, iż schorzenia zapalne dróg rodnych są wielopostaciowe i różnorodne. Jedynie przy prawidłowym doborze przypadków, ścisłych wskazaniach i właściwem leczeniu można osiągnąć pomyślne wyniki.

NEUROLOGJA.

Dr. W. Klimke. **Przyczynek do leczenia cibalginą nerwobólów i podobnych stanów bólowych.** (Zur medikamentösen Behandlung neuralgiformer und ähnlicher Schmerzzustände mit Cibalgin). Medizinishe Klinik, Rok 1934, Nr. 49.

Bóle o charakterze neuralgicznym najczęściej mają za tło organiczne zmiany kręgosłupa i rdzenia i z tego powodu autor radzi przeprowadzić dokładne badanie neurologiczne, aby umożliwić postawienie właściwego rozpoznania. Tem niemniej lekarz często będzie zmuszony zwalczać bóle u chorego, co najczęściej mieć będzie charakter objawowy. Morfina i jej przetwory najmniej nadawać się będą do tego celu z obawy o nawyknienie, natomiast duże zastosowanie znalazła cibalgina w postaci tabletek, kropli i ampułek. Ostatnio stosowane także czopki z cibalginą (2—3 czopki pro die), których działanie rozpoczyna się już po 15—20 minutach i utrzymuje się 2—3 godziny. Zestawiając należy podać następujące wskazania do stosowania cibalginy w praktyce neurologicznej: Ostre i przewlekłe zapalenia nerwów coraz nerwobóle, stany bólowe przypominające newralgję, strzelające bóle w wiądze rdzenia, bóle po oncephalografji i punkcji mózgowej. Cibalgina jest dobrze znoszona i nie posiada ubocznych działań.

PSYCHJATRJA.

A. Pilcz. **Jakie psychozy występują najczęściej podczas ciąży i jak je leczyć?** (Aerztliche Praxis Nr. 1, 1935 r.)

W ciąży spotyka się najczęściej psychozy manjakalno-depresyjne i rozmaite postacie schizofrenji. Psychoza manjakalno-depresyjna albo występuje u ciężarnych wogóle po raz pierwszy, albo też u osób psychotycznych następuje nowy wysiew manjakalny lub depresyjny. Schorzenie schizofreniczne nosi tutaj najczęściej charakter ostrego zamroczenia bredzeniowego, bardzo często widuje się zespoły katatoniczne, rzadziej postacie paranoidalne. Z objawów katatonicznych podkreśla autor stany osłupienia z katalepsją lub, odwrotnie, z negatywizmem, stany podniecęnia z ruchami stereotypowemi, werbigeracją, czynami porywczemi. Stany majaczeniowe cechują się prócz rozkojarzenia uczuciowego uderzającym niestosunkiem między masowemi omamami z jednej a dobrze zachowaną orjentacją w miejscu i czasie z drugiej strony („rzekoma orjentacja"), dalej szybką zmiennością. Kontaktu z chorymi nie udaje się prawie nawiązać. Czasami występuje objaw mijania się z pytaniem (jak w histerycznych stanach zamroczeniowych, zespole *Gansera*).

Prawdziwe obłąkanie (amentia) rzadziej występuje w ciaży, niż w połogu i okresie karmienia.

W związku z temi sprawami ważne jest zagadnienie uprawnienia, względnie konieczności sztucznego przerwania ciąży ze wskazań psychjatrycznych. Na przebieg psychozy manjakalno-depresyjnej ani ciąża, ani poród nie wywierają wyraźnego wpływu. Ostre wysiewy psychozy schizofrenicznej w pierwszym okresie ciąży dają naogół dość dobre rokowanie; lecz często ciąża, a także rozwiązanie w końcu ciąży wywierają pogarszający wpływ na przebieg cierpienia. Należy jednak pamiętać o tem, że sztuczne poronienie nie jest zabiegiem obojętnym, zaś czasami ani ciąża, ani poród nie wywierają uchwytnego wpływu na przebieg psychozy.

W najwcześniejszym okresie ciąży zdarzają się szczególne ciężkie stany podniecenia i przygnębienia, które nie mają nic wspólnego z melancholją, lecz są jedynie uwarunkowane psychorodnie, ze względu jednak na skłonności samobójcze stawiają one lekarza wobec ciężkiego zadania. Z jakichkolwiekbądź względów ciąża nietylko nie jest przyjmowana ze zwykłem uczuciem macierzyńskiem, lecz ciężarna odczuwa ją jako ciężkie nieszczęście; powstaje ciężki stan depresji z myślami samobójczemi, których ośrodek stanowi myśl o ciąży, co zmusza do zastanowienia się nad sprawą jej przerwania. Spełnienie życzenia chorej a nawet samo zapewnienie, że zabieg zostanie wykonany, czasami wystarcza, ażeby stan psychotyczny ustąpił. Sprawa ewentualnego przerwania ciąży nie jest tutaj łatwa do rozstrzygnięcia. Z jednej

strony należy pamiętać, że bezsenność, niedostateczne żywienie się i t. p. powodują upadek sił fizycznych zaś niebezpieczeństwo samobójstwa jest dość poważne; z drugiej zaś podniecenie psychiczne i stopień niebezpieczeństwa samobójstwa bywają symulowane. Niewolno też zapominać o tem, że stany takie bywają często przejściowe i występują właśnie tylko w tym czasie pod bezpośrednim wpływem niebezpieczeństw, grożących spowodu ciąży. Przy wyczekującem zachowaniu się, zwłaszcza gdy uprzytomnić ciężarnej możliwość przerwania ciąży w późniejszym czasie, poczucie niebezpieczeństwa zmniejsza się, stan psychotyczny słabnie, a w miarę postępowania ciąży mogą ulec przebudzeniu naturalne instynkty macierzyńskie. Wobec tego należy zachowywać się bardzo powściągliwie w stosunku do kwestji przerwania ciąży w tych stanach, zaś w razie niebezpieczeństwa samobójstwa istnieje środek zaradczy w postaci czasowego umieszczenia na psychjatrycznym oddziale obserwacyjnym. A zatem psychorodne stany depresji nie stanowią bezwzględnego i ogólnego wskazania do przerwania ciąży.

OKULISTYKA.

Groenouw, **O współczesnych metodach badania i przyrządach w dziedzinie chorób ocznych.** Deutsche Medizinische Wochenschüft Nr. 1, styczeń 1935 r.

Jedną z najważniejszych nowszych metod badania jest badanie zapomocą lampy szczelinowej (Spaltlampe) w połączeniu z mikroskopem, dostosowanym do badania rogówki. W ten sposób osiąga się „badanie mikroskopowe żywego oka“. Odnośny przyrząd składa się z binokularnego mikroskopu, który daje 20-krotny plastyczny obraz oka. Do oświetlenia służy lampa szczelinowa, wytwarzająca ostro odgraniczony, wybitnie jasny pęczek promieni śweitlnych. Lampa szczelinowa pozwala na odrębne rozpatrzenie drobnego odcinka oka śród otoczenia. Jeżeli znacznie zwęzić pęczek promieni, wówczas uzyskać można bezpośrednie oświetlenie jednej tylko płaszczyzny. Wynika stąd, iż lampa szczelinowa daje możność oglądania „przekroju optycznego“, naprzykład przekroju przez rogówkę lub soczewkę. Wymieniona metoda określa ściśle stopień oddalenia zmętnień i naczyń krwionośnych od powierzchni rogówki, nadto można ocenić grubość i sklepienie rogówki. Komora przednia oka przedstawia się w świetle lampy normalnie jako „optycznie próżna“. W warunkach patologicznych można stwierdzić w komorze przedniej zmętnienia, komórki w płynie komorowym i na tylnej powierzchni rogówki. Dokładnie można również oglądać rysunek tęczówki i jej zmiany chorobowe. Soczewka wykazuje na przekroju optycznym dużą liczbę ściśle oznaczonych warstw współśrodkowych, wśród których można dokładnie ustalić umiejscowienie zmętnień. Wreszcie zapomocą mikroskopu rogówkowego można z łatwością ocenić głębokość przedniej komory, właściwości zaćmy

lub zmiany po zaćmie, co jest szczególnie ważne przy operacjach. W ciałku szklistem stwierdza się jaśniejsze i ciemniejsze pasma, które wykonywują podczas ruchów gałki ocznej drgania wahadłowe. Również w ten sposób można badać dno oka.

Duże znaczenie w badaniu rogówki i spojówek posiada barwienie przyżyciowe zapomocą fluorescyny. Rozczyn tej substancji barwi ubytki na rogówce i spojówce, natomiast nie zabarwia miejsc, przykrytych nabłonkiem. W tym celu można się również posługiwać 2% rozczynem fluorescyny lub ½% rozczynem błękitu metylenowego. Jeżeli zabarwioną przyżyciowo rogówkę badać zapomocą mikroskopu rogówkowego, wówczas można zobaczyć wszystkie składniki rogówki, jak komórki nabłonkowe, miąższowe i śluzowe.

Rysunek tęczówki i ruchy źrenicy również można dokładnie spostrzegać zapomocą mikroskopu rogówkowego.

Do dokładnego *mierzenia* odruchu źrenicznego służy pupiloskop *Hess'a*. Przyrząd ten oświetla źrenicę barwnem światłem lub światłem, którego jasność podlega stopniowaniu dzięki przepuszczaniu światła przez szare kliny szklane. W ten sposób można ustalić wartość bodźca, który wystarcza, aby wywołać odruch zwężenia źrenicy. Przez porównanie odruchów na barwne i jasne światło można przedmiotowo wykryć ślepotę na barwy.

Odrębną postać odruchu źrenicznego stanowi połowiczy odruch źreniczny. Odruch połowiczy polega na tem, iż źrenica zwęża się tylko przy oświetleniu jednej połowy siatkówki, natomiast nie zwęża się przy oświetleniu drugiej połowy. Odczyn ten jest ważny dla umiejscowienia ogniska chorobowego na wnętrzu czaszki. Przy stosowaniu tej metody zwykłe oświetlenie oraz zwykły wziernik oczny nie dają wyników. Aby badać połowicze odruchy źreniczne, istnieją specjalne przyrządy jak naprzykład hemikinesimetr, zaś do oświetlenia należy się posługiwać lampą szczelinową.

Ostatnio zaznaczyły się duże postępy w technice wziernikowania oka. Dotychczas podczas wziernikowania odbicie światła z rogówki i soczewki wziernikowej bardzo utrudniały wziernikowanie oka. Obecnie wprowadzono wzierniki, które zapobiegają powstawaniu odbicia świetlnego. Przy posługiwaniu się temi wziernikami światło przedostaje się do oka odmienną drogą, niż do osoby badającej. Istnieją również wzierniki stereoskopowe, które pozwalają wcześnie rozpoznać tarczę zastoinową.

Duże znaczenie posiada badanie dna oka w świetle, wolnem od czerwonych promieni. W tym wypadku promienie ze źródła światła przechodzą przez stosowny filtr, dzięki czemu światło przestaje się odbijać z naczyniówki, natomiast nadal światło odbija się z siatkówki. Przy dostatecznej jasności można w ten sposób dobrze odróżniać szczegóły siatków-

ki, odbicia światła z jej powierzchni, a nawet plamkę żółtą, której w zwykłych warunkach się nie spostrzega.

Fotografja zwykła i barwna dna oka jest zabiegiem bardzo kosztownym, wskutek czego stosuje się w rzadkich przypadkach.

Istnieją liczne nowe przyrządy do dokładnego ustalenia umiejscowienia ognisk w obrębie siatkówki, wykrytych przy wziernikowaniu. Dzięki tym przyrządom można dokładnie określić stosunek zmian wnętrza oka do białkówki. W ten sposób można dokładnie określić miejsca cięcia białkówki przy operacjach. Szczególnie jest ważne określenie miejsca cięcia na białkówce w przypadkach odwarstwienia siatkówki. W ściśle oznaczonem miejscu odsłania się białkówkę i przez powstały otwór stosuje się przyżeganie lub pędzlowanie środkami żrącemi, dzięki czemu powstają zrosty zapalne (operacja *Gonina).*

W przypadkach keratektazji i nieprawidłowego astygmatyzmu rogówkowego ostatnio stosuje się t. zw. szkła kontaktowe, które nakłada się bezpośrednio na gałkę oczną. Szkła kontaktowe nadają się do użycia w daleko posuniętej krótkowzroczności. Jednak posługiwanie się temi szkłami jest bardzo kosztowne i połączone ze znacznemi niedogodnościami.

Wszystkie podane metody są obecnie w okresie opracowania, dopiero z biegiem czasu zostanie ustalona dokładnie wartość poszczególnych metod.

DERMATOLOGJA.

O. Kren. **Jak leczyć i zapobiegać międzypalcowym „wypryskom potowym" dłoni i stóp?** (Aerzliche Praxis Nr. 1, 1935).

Schorzenia, określone jako „wypryski potowe", nie są z zasady wypryskami, lecz grzybicami (mycoses). Wchodzące w rachubę grzybki żyją w warstwie rogowej skóry i z trudem ulegają zniszczeniu. Jeżeli grzybek dostanie się do warstwy rogowej, wywołuje on najczęściej powstanie pęcherzyków. Pękają one, pokrywają się strupkiem, ulegają wtórnemu zakażeniu tak, że wtedy może przyjść do powstania objawów wyprysku. Schorzenie to atakuje przeważnie podeszwy stóp i dłonie, jest ono schorzeniem związanem z kulturą, gdyż ludność, chodząca boso, nigdy prawie nań nie zapada. Jeżeli grzybek przerośnie całą grubość podeszwowej warstwy rogowej, grzybica ta daje się tylko z wielkim trudem wyleczyć, gdyż, jeżeli się udaje nawet usunąć grzybek z powierzchni, to pozostaje on wgłębi. Wynika z tego, że zniszczenie grzybka bez śladu, zwłaszcza na podeszwie, prawie nigdy nie jest możliwe, Zakaz mycia, zalecany przez pewnych autorów w tej grzybicy, nie jest celowy, przeciwnie, odkażające mycie okazuje pomoc w leczeniu. Odkażanie, a więc łuszczenie i wysuszenie stanowią pożą-

dane cele leczenia. Zalecać należy wobec tego częste i obfite przemywanie odkażającemi mydłami (siarkowem, rezorcynowem), szczególnie w silnie wyrażonem schorzeniu kąpiele mydlane, lecz niezbyt gorące: skóra nie powinna parować. Odkażanie staramy się osiągnąć zapomocą roztworów alkoholowych (5% spirytus salicylowy, 3% spirytus rezorcynowy). Bardzo dobre wyniki daje stosowanie pudrów vasenoloformowego, 33% tannoformowego. 3—5% salicylowego. Pomiędzy palce nóg należy wkładać małe paski gazy. Niewszystkie pozornie jednakowe obrazy chorobowe odpowiadają jednakowo dobrze na te same zabiegi lecznicze; czasami oddają dobre usługi plastry diachylonowe, zwłaszcza z 5% dodatkiem szarego mydła (Sapo viridis), tak samo 10% pasty dziegciowe lub siarkowe. Korzystnem bywa stosowanie spirytusu z formaliną. Pewnem jest, że chorzy z takiemi zmianami skórnemi wykazują pogorszenie, gdy gorączkują, są zdenerwowani i więcej się pocą. Naświetlania lampą kwarcową, promieniami Roentgena i radem nie dają dobrych wyników.

L. Arzt. **Choroby skórne wśród zatrudnionych w przemyśle i rzemiosłach.** Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 1, styczeń 1935 r.

Następujące 3 zagadnienia są związane ze schorzeniami zawodowemi skóry:

1) zdolność do pracy,

2) wskazania do leczenia szpitalnego,

3) zmiana zawodu oraz przeszkolenie zawodowe chorych.

Ad 1) Szczególne znaczenie posiada sprawa oceny zdolności do pracy chorych z cierpieniami zawodowemi skóry — dla lekarzy urzędowych. Szybkie podjęcie właściwego leczenia jest konieczne, aby chory w krótkim czasie mógł nadal pracować zawodowo.

Ad 2) Bardzo często wskazane jest leczenie szpitalne. Zwłaszcza dotyczy to przypadków *wyprysku.* W leczeniu domowem wyprysku istnieją zawsze liczne trudności. Należy uwzględnić fakt, iż od prawidłowego wykonania różnych drobnych technicznych zabiegów zależy pomyślny wynik leczenia.

Duże znaczenie ma odosobnienie chorego. Często w najbliższem otoczeniu chorego znajdują się czynniki sprzyjające rozwojowi schorzenia. Zwłaszcza dotyczy to wyprysków alergicznych.

W tych przypadkach, gdy woda szkodliwie działa na skórę, praca zawodowa jest niemożliwa, gdyż chory, brudząc ręce, musi je później ciągle zmywać.

Jeżeli czynnik chorobotwórczy związany jest z warunkami pracy, wówczas konieczna jest zmiana rodzaju zatrudnienia.

Leczenie szpitalne jest wskazane oczywiście nie ze względu na niebezpieczeństwo dla życia chorego. Jedynie w wyjątkowych przypadkach zapalenia naczyń chłonnych i gruczołów chłonnych stanowią poważne niebezpieczeństwo.

Leczenie szpitalne jest wskazane w przebiegu schorzeń alęrgicznych skóry. W tym wypadku duże znaczenie posiada próba płatkowa, dzięki której możliwe jest dokładne oznaczenie czynnika chorobotwórtwórczego.

Jako odmianę wyprysku alergicznego należy wymienić jednowartościowy wyprysk zawodowy, który polega na wrodzonem usposobieniu do odczynu alergicznego względem jednego czynnika.

W większości przypadków chodzi o stany nabyte, które dotyczą nie jednego, lecz wielu czynników chorobotwórczych.

Przykładem jednowartościowego schorzenia alergicznego jest wyprysk na dłoniach u stolarzy, który spowodowany jest działaniem terpentyny, zawartej w politurze.

W jednym przypadku stwierdzono wyprysk na szyi po nowem futrze. Próba płatkowa wykazała istnienie odczynów chorobowych na trzy barwniki futra (wielowartościowe nadwrażliwość).

Punktem uchwytu alergenu może być naskórek lub tkanka mezodermalna.

Z rozważań powyższych wynika, iż patogeneza schorzeń alergicznych skóry jest bardzo złożona.

Leczenie nastręcza duże trudności nawet w warunkach szpitalnych. Dotyczy to leczenia djetetycznego, naświetlań i leczenia miejscowgo.

Po stwierdzeniu rodzaju uczulenia alergicznego należy podjąć leczenie odczulające, co wymaga ciągłej kontroli lekarskiej.

Uporczywy przebieg, nawroty, wielowartościowość czynników chorobotwórczych w schorzeniach alergicznych skóry zmuszają do leczenia szpitalnego.

Ad 3) Jeżeli leczenie odczulające jest nieskuteczne, zaś chory jest w młodym wieku, nadto często występują nawroty, wówczas istnieje konieczność zmiany zawodu i przeszkolenia zawodowego.

Prawodawstwo, które uznaje niektóre choroby zawodowe skóry jako wypadek przy pracy, często może stanowić podstawę do nadużyć. Niekiedy stwierdza się u chorych stan, przypominający t. zw. nerwicę rentową. Istnieją spostrzeżenia, iż chorzy w przededniu wypisania się ze szpitala wykazywali pogorszenie stanu schorzenia skórnego.

Postępy przemysłu powodują powstanie nowych chorób zawodowych skóry, co winno skłonić lekarzy urzędowych do bliższego poznania materjału klinicznego w szpitalach.

Redaktor i wydawca: **Mr. A. HIRSZFELD**

Warunki prenumeraty: Rocznie zł. **6.—**, półrocznie zł. **3.50**, pojedyńczy Nr. zł. **1.—**
Ogłoszenia: cała strona zł. 150, 1/2 str. zł. 80.—, 1/4 str. zł. 45. Okładki o 30% droższe.

Numer wychodzi w pierwszej połowie każdego miesiąca.

Zakłady Graficzne B Pardecki i S-ka, Warszawa, tel. 5-22-05.